



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Farmácia

ANA PAULA VEBER

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E PLANEJAMENTO: LIMITES E
POSSIBILIDADES EM MUNICÍPIOS CATARINENSES, 2006.**

FLORIANÓPOLIS

2008

ANA PAULA VEBER

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E PLANEJAMENTO: LIMITES E
POSSIBILIDADES EM MUNICÍPIOS CATARINENSES, 2006.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Farmácia.

Área de Concentração: Fármaco-Medicamentos.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Elisabeth Diehl

Co-Orientadora: Prof. Dra. Silvana Nair Leite

FLORIANÓPOLIS

2008

Veber, Ana Paula

Assistência Farmacêutica: Limites e Possibilidades em Municípios Catarinenses, 2006 / Ana Paula Veber; orientado por Eliana Elisabeth Diehl e Silvana Nair Leite – Florianópolis, 2008. 102 f.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Farmácia.

AGRADECIMENTOS

À Eliana, pela irretocável orientação e principalmente pela compreensão. Estou certa de que não teria chegado ao fim se não tivesse o suporte de uma orientadora tão capaz de aceitar minhas limitações na execução deste trabalho, e mesmo assim sempre me estimular a prosseguir e evoluir.

À Silvana, por ter aceitado a co-orientação mesmo com a dissertação em andamento, por ter acrescentado um novo olhar ao trabalho, por sempre trazer novas idéias, por me estimular a sempre melhorar.

À Rosana, por generosamente ter compartilhado a idéia que resultou na execução deste trabalho.

À Elisete, pela importante contribuição à metodologia deste estudo e ao primeiro artigo.

À DIAF, pela disponibilização dos Planos; a todos os funcionários e estagiários que me auxiliaram na captação, separação e transporte.

Às entrevistadas, que me concederam seu tempo e compartilharam comigo seus entendimentos sobre planejamento e Assistência Farmacêutica, contribuindo sobremaneira para o estudo.

À Fernanda e à Patrícia, pela dedicação incansável na transcrição das entrevistas.

À minha família, Pai, Mãe, Silvia, Ivan, Leda, tia Fati, Catarina, pela compreensão da ausência, pelo suporte, e principalmente por acreditarem em mim, muitas vezes mais do que eu mesma.

Aos colegas da Univali: ao Curso de Farmácia, em especial Beto, Magali, Liege, Silvana, Benedito, por todo o suporte nas minhas muitas ausências; aos colegas do NASF pelo apoio, em especial à Adriana pela revisão das referências.

A todos os outros que aqui não citei, e que me apoiaram e incentivaram durante a execução deste trabalho.

Obrigada!



***“Foi o tempo que dedicastes à tua rosa
que fez tua rosa tão importante”.***

Antoine de Saint-Exupéry
(1900-1944)

RESUMO

VEBER, A.P. **Assistência Farmacêutica e Planejamento: Limites e Possibilidades em Municípios Catarinenses, 2006.** 2008. 102 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, UFSC, Florianópolis.

As ações de Assistência Farmacêutica, reiteradas tanto em políticas específicas quanto naquelas mais amplas como o Pacto pela Saúde, são fundamentais para garantir o acesso a serviços farmacêuticos qualificados, visando ao uso racional de medicamentos e, conseqüentemente, à melhoria das condições de saúde da população atendida. Neste contexto, o Planejamento em Assistência Farmacêutica pode contribuir para o aprimoramento e aumento de resolutividade das ações desenvolvidas. O presente trabalho realizou uma análise dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica (PMAFs) entregues à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina em 2005 e 2006, buscando caracterizar as atividades de Assistência Farmacêutica e discutir o processo de elaboração dos Planos e suas implicações para a gestão. Foram analisados 201 PMAFs e entrevistados 4 envolvidos no processo de elaboração dos mesmos, e utilizadas as técnicas de Análise de Correspondência Múltipla (SPAD 3.5) e Análise de Conteúdo. Na análise multivariada, as variáveis “presença de farmacêutico” e “população” foram as que mais contribuíram para a formação dos três agrupamentos de municípios evidenciados. O número de medicamentos constantes das Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUMEs) variou entre 15 e 413, sendo que 67 municípios possuem entre 101 e 200 medicamentos, considerado neste estudo como o intervalo ideal, de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais de 2006. Não se verificou tendência à correlação entre o número de medicamentos nas REMUMEs e a população do município. Na análise de conteúdo, os PMAFs demonstraram maior volume no momento normativo do planejamento, em detrimento dos momentos explicativo, estratégico e tático-operacional. Nas entrevistas com atores da elaboração dos PMAFs, as categorias analisadas foram: conceito de assistência farmacêutica, equipe de trabalho, processo de planejamento, terceirização, monitoramento, resultados e controle social. A falta de preparo técnico dos municípios para executar o planejamento em Assistência Farmacêutica, aliados ao baixo nível de comprometimento das gestões municipais e ao curto prazo para a elaboração do PMAF, resultou na entrega de documentos superficiais e, *a priori*, com pouca capacidade de auxiliar nas alterações situacionais na Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses. Os resultados deste trabalho indicam que ainda há um grande descompasso entre o preconizado e o realizado nos municípios, havendo a necessidade de maior comprometimento de todas as esferas de gestão para que as atividades de AF garantam o acesso a medicamentos e serviços de qualidade, visando o uso racional. O aumento de recursos para a Assistência Farmacêutica, se aliado a comprometimento gerencial para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população, deflagrado por um efetivo processo de Planejamento em Assistência Farmacêutica pode contribuir sobremaneira para a definição de prioridades e implementação de mudanças que reflitam em melhorias no processo de atenção à saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, organização & administração. Planejamento em Saúde. Serviços de Gestão em Saúde. Estrutura dos Serviços.

ABSTRACT

VEBER, A.P. **Pharmaceutical Services and Planning: limits and possibilities in towns in Santa Catarina, 2006.** 2008. 102 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, UFSC, Florianópolis.

The actions of Pharmaceutical Service, reiterated in specific policies and also in wider policies such as the *Pacto pela Saúde*, are essential for guaranteeing access to appropriate pharmaceutical services, promoting rational use of medicines and consequently, improving the health conditions of the population served. In this context, Pharmaceutical Service Planning can contribute to improving and increasing the success of the actions carried out. This work carries out an analysis of the Municipal Pharmaceutical Service Plans (PMAFs) delivered to the Pharmaceutical Service of the Secretary of State of Santa Catarina in 2005 and 2006, seeking to characterize the Pharmaceutical Services provided, and discuss the process of design of the Plans, and their management implications. 201 PMAFs were analyzed, and 4 persons involved in the process of their design were interviewed. The techniques of Multiple Correspondence Analysis (SPAD 3.5) and Content Analysis were used. In the Multivariate Analysis, the variables “presence of pharmacist” and “population” were the ones which most contributed to the formation of the three groupings of towns shown. The number of medicines listed on the Municipal Lists of Essential Medicines (REMUMEs) varied from 15 to 413, with 67 towns having between 101 and 200 medicines, which is considered in this study as the ideal number, according to the National List of Essential Medicines 2006. No correlation was observed between the number of medicines listed in the REMUMEs and the population of the town. In the content analysis, the PMAFs demonstrated a higher volume devoted to regulatory issues, to the detriment of the explicative, strategic and tactical-operational issues. In the interviews with those who took part in the design of the PMAFs, the categories analyzed were: concept of the pharmaceutical service, planning process, outsourcing, monitoring, results, and social control. The lack of technical preparation for the Pharmaceutical Service planning in the towns studied, together with the low levels of commitment of the municipal managements and to the short period available to design the PMAF, resulted in the delivery of superficial documents, and *a priori*, with low capacity to help in situational alterations to the Pharmaceutical Service in the towns of Santa Catarina. The results of this work indicate that there is a major discrepancy between what is prescribed and what is actually practiced in the towns, with a need for greater commitment on the part of all levels of management, so that the Pharmaceutical Services guarantee access to quality medicines and services, seeking to promote rational use. The increased resources for Pharmaceutical Services, if allied with commitment on the part of managers, to improving the quality of the services provided to this population, triggered by an effective process of Pharmaceutical Services Planning, can make a significant contribution to the definition of priorities and the implementation of changes that result in improvements in the healthcare process.

Key words: Pharmaceutical Service, organization & management. Planning in Health. Management Services in Health. Structure of Services.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
SUMÁRIO.....	9
LISTA DE FIGURAS.....	11
LISTA DE TABELAS.....	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	13
APRESENTAÇÃO.....	14
I. INTRODUÇÃO.....	15
OBJETIVO GERAL.....	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
II. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
1. Planejamento em Saúde.....	18
1.1. Planejamento Estratégico Situacional.....	19
1.2. Responsabilidades dos Municípios na Gestão e Planejamento dos Serviços de Saúde.....	24
1.3. Planejamento em Assistência Farmacêutica.....	25
2. Assistência Farmacêutica.....	27
2.1. Seleção de Medicamentos.....	29
2.2. Programação de Medicamentos.....	31
2.3. Aquisição de Medicamentos.....	32
2.4. Armazenamento e distribuição de Medicamentos.....	33
2.5. Prescrição, dispensação e uso de Medicamentos.....	34
2.6. Financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.....	35
III. METODOLOGIA.....	36
1. Caracterização do Local do Estudo: Estado de Santa Catarina	40
IV. RESULTADOS.....	42
1. Assistência Farmacêutica em âmbito municipal (Santa Catarina): Diagnóstico a partir de Planos.....	42
2. Planejar é possível? Uma análise de Planos Municipais de Assistência Farmacêutica em Santa Catarina.....	48
2.1. Os momentos do Planejamento Estratégico Situacional.....	52
2.2. As atividades de Assistência Farmacêutica nos municípios estudados.....	57

2.3. O processo de elaboração do Plano.....	59
2.3.1. Conceito de Assistência Farmacêutica.....	61
2.3.2. Equipe de trabalho.....	62
2.3.3. Terceirização da elaboração do PMAF.....	64
2.3.4. Processo de Planejamento em Assistência Farmacêutica.....	65
2.3.5. Monitoramento do PMAF.....	66
2.3.6. Resultados do PMAF.....	67
2.3.7. Controle Social e o PMAF.....	67
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
VI. REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE A.....	79
APÊNDICE B.....	80
ANEXO 1.....	81
ANEXO 2.....	82
ANEXO 3.....	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Etapas do Estudo – Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.....	36
Figura 2. Secretarias de Desenvolvimento Regional do Estado de Santa Catarina.....	41
Figura 3. Agrupamento de variáveis categóricas definidas pelo programa SPAD 3.5, na análise de correspondência múltipla – Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.....	44
Figura 4. Agrupamento dos municípios (n=201), de acordo com as variáveis: população, número de farmacêuticos, presença de farmacêutico na dispensação e número de medicamentos na REMUME – Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos municípios de acordo com as variáveis relacionadas à Assistência Farmacêutica – Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006	43
Tabela 2. Características dos agrupamentos de municípios formados em Análise de Correspondência Múltipla – Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.....	46
Tabela 3. Caracterização Geral dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.....	50
Tabela 4. Caracterização de 18 municípios catarinenses em relação à localização por Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR), faixa populacional e número de farmacêuticos em atividades de Assistência Farmacêutica, 2006.....	51
Tabela 5. Momentos do processo de planejamento nos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.....	52
Tabela 6. Desempenho dos municípios em relação à estrutura e atividades de Assistência Farmacêutica, a partir dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
ACM	Análise de Correspondência Múltipla
AF	Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DIAF	Diretoria de Assistência Farmacêutica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IAPAF	Instrumento de Auto-avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAF	Plano Municipal de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SC	Santa Catarina
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES/SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPAD	<i>Système Portable pour l'Analyse des Données</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação analisa aspectos relacionados à Assistência Farmacêutica e ao Planejamento em Assistência Farmacêutica em municípios catarinenses.

O primeiro capítulo traz a introdução ao trabalho, refletindo sobre os aspectos políticos do Planejamento e da Assistência Farmacêutica, e os objetivos a serem alcançados.

No segundo capítulo, faz-se uma breve revisão sobre Planejamento e Assistência Farmacêutica. Sem a pretensão de esgotar o assunto, este capítulo traz os aspectos teóricos relacionados aos temas estudados nesta dissertação e embasam a discussão dos resultados encontrados.

O terceiro capítulo descreve o percurso metodológico desenvolvido no presente estudo, além da caracterização do Estado de Santa Catarina.

O quarto capítulo contém os resultados deste trabalho. Na primeira parte, realizou-se uma caracterização das atividades de Assistência Farmacêutica descritas nos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica analisados, e a divisão dos municípios em três agrupamentos delineados pela Análise de Correspondência Múltipla; estas informações compõem um artigo¹, submetido à Revista de Saúde Pública. Na segunda parte do quarto capítulo, aprofunda-se a discussão sobre o Planejamento em Assistência Farmacêutica executados nos municípios catarinenses no ano de 2006, com a análise documental dos Planos e entrevistas com envolvidos no processo de planejamento dos municípios catarinenses. Este capítulo futuramente originará um segundo artigo.

Por fim, apresentam-se as considerações finais do presente estudo e as referências bibliográficas deste estudo.

¹ VEBER, A.P.; DIEHL, E.; PROSPERO, E.N.S.; LEITE, S.N. Assistência Farmacêutica em âmbito municipal (Santa Catarina): diagnóstico a partir de Planos. **Revista de Saúde Pública** (submetido – Anexo 1).

I. INTRODUÇÃO

A partir da Portaria n. 2084, de 26 de outubro de 2005, estabeleceu-se a necessidade dos Estados e Municípios elaborarem seus respectivos Planos de Assistência Farmacêutica (PMAFs), observando critérios que articulem as ações de assistência farmacêutica com aquelas desenvolvidas no âmbito da atenção à saúde (BRASIL, 2005a). A elaboração periódica de Planos, assim como o processo de planejamento, permite que os gestores e outros atores envolvidos no serviço possam definir, a partir da situação em que se encontram, de que maneira podem ser alcançados os objetivos e metas que possibilitem a melhoria da situação. A própria Lei n. 8080/90, em seu artigo 15, estabelece como atribuição comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios “a elaboração e atualização periódica do plano de saúde” (BRASIL, 1990).

Os Planos de Saúde – nos quais podem ser incluídos os Planos de Assistência Farmacêutica – são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas vistos sob uma ótica analítica. Desta forma o Plano consolida, em cada esfera, o processo de planejamento em saúde para dado período (BRASIL, 1998).

A partir do processo de planejamento, a gestão do serviço tem uma oportunidade de modificar a situação em determinado período de tempo. Campos, Mehry e Nunes (1994), falam da situação da gestão, enquanto modificador dos processos:

“A gerência é um instrumento importante para a efetivação de políticas; ela é, ao mesmo tempo, condicionante do e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços. Essa dupla posição- de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto – torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde.” (p.11)

Em Assistência Farmacêutica, o planejamento pode contribuir para a melhora da concepção reducionista, com característica eminentemente quantitativa ou destinada ao atendimento imediato da demanda de medicamentos. Espera-se que, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e à recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial, a Assistência Farmacêutica torne-se parte integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2006a).

Acredita-se, controversamente, que em muitos municípios o processo de planejamento não é executado, o que compromete o processo de gestão. De acordo com Tancredi, Barros e Ferreira (1998), possivelmente existem dirigentes municipais de saúde que não definiram claramente aonde desejam fazer chegar o sistema que dirigem, sendo até possível que administrem esse sistema diligentemente, sem saber para onde conduzi-lo.

Bortolanza (1999) relata que, freqüentemente, os governos municipais voltam suas ações exclusivamente ao atendimento dos problemas existentes de forma emergencial, o que impede a criação de cenários futuros com maior aplicabilidade dos recursos em investimentos que maximizem as carências municipais. Desta forma, os esforços são voltados para a solução das situações emergenciais, ao mesmo tempo em que o processo de planejamento, que possui uma maior capacidade de modificação da realidade fica relegado a segundo plano.

Para um efetivo processo de planejamento, há a necessidade de que seja executado pelos atores envolvidos na ação. Desta forma, espera-se que, no âmbito municipal, o planejamento das ações de Assistência Farmacêutica seja realizado conjuntamente pelos gestores municipais de saúde, responsáveis pela Assistência Farmacêutica, farmacêuticos, administradores, além dos outros profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica em cada realidade. Além disso, acredita-se que a implementação das decisões é muito mais ágil e eficiente quando as pessoas conhecem suas razões e origens e, em particular, quando tomaram parte na sua elaboração (TANCREDI, BARROS, FERREIRA, 1998).

Após a publicação da Portaria Ministerial n. 2084/2005, a Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Santa Catarina (CIB/SC) publicou, em 11 de novembro de 2005, a Deliberação n. 60 (SANTA CATARINA, 2005 – Anexo 2) que, regulamentando a Portaria Ministerial, definiu o dia 06 de dezembro de 2005 como o prazo final para entrega dos Planos à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (DIAF – SES/SC). Esta mesma Deliberação estabeleceu um roteiro mínimo para que cada município elaborasse seu Plano Municipal de Assistência Farmacêutica (PMAF). Este roteiro, publicado como anexo da Deliberação, compunha-se de um referencial explicativo sobre planejamento, no qual se ressaltava a necessidade de que o Planejamento em Assistência Farmacêutica não estivesse isolado do Planejamento em Saúde, sugerindo que o PMAF fosse um capítulo do Plano Municipal de Saúde. O roteiro

estabeleceu os itens mínimos que deveriam constar da etapa de diagnóstico e explicitou como definir e explicar os problemas centrais do município, bem como delimitar os nós críticos e, a partir deles, estabelecer as prioridades e metas correspondentes, assim como prever as ações a serem executadas a partir do processo de planejamento.

Com base no exposto, o presente trabalho realizou uma análise dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica entregues à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, buscando caracterizar as atividades de Assistência Farmacêutica e discutir o processo de elaboração dos Planos e suas implicações para a gestão. Com esta análise, buscou-se estabelecer a atual situação da Assistência Farmacêutica desenvolvida nos municípios de Santa Catarina, bem como de discutir o processo de planejamento em Assistência Farmacêutica realizado em municípios catarinenses, para que se possa refletir sobre futuras etapas de planejamento nos âmbitos municipal e estadual da gestão da Assistência Farmacêutica.

O presente trabalho tem como objetivos:

GERAL

Analisar a Assistência Farmacêutica e o processo de planejamento nos municípios catarinenses, através dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica (PMAFs) encaminhados à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina no primeiro semestre de 2006

ESPECÍFICOS

- Caracterizar a Assistência Farmacêutica nos municípios de Santa Catarina, considerando a estrutura e ciclo logístico;
- Relacionar estrutura e atividades de Assistência Farmacêutica ao processo de seleção de medicamentos;
- Analisar os PMAFs a partir da abordagem do Planejamento Estratégico Situacional;
- Identificar os entendimentos relacionados ao processo de elaboração dos PMAFs e suas implicações para o planejamento.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

1. PLANEJAMENTO EM SAÚDE

“Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança”
(TANCREDI, BARROS, FERREIRA, 1998, p.13)

O planejamento diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que pode ser aplicado a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional futura (DE TONI, 2004). Possibilita interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível o alcance dos objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos (TANCREDI, BARROS, FERREIRA, 1998).

Planejar é saber onde se quer chegar e concentrar as forças nesta direção. Desta forma, possibilita maior governabilidade aos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países (DE TONI, 2004). Para Tonini (2005, p.31), o planejamento é um método de trabalho que visa “o estabelecimento de um conjunto de providências a serem tomadas para a situação em que o futuro tende a ser diferente do passado, constituindo-se num instrumento que leva a um exercício mental executado pelas organizações”.

Especificamente no setor saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (TANCREDI, BARROS, FERREIRA, 1998).

O planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social (MEHRY, 1994, apud TANCREDI, BARROS, FERREIRA, 1998). De acordo com Nascimento Jr., no Plano Estadual de Assistência Farmacêutica de Santa Catarina (2006), o planejamento público apresenta duas dimensões: uma técnica e uma política (SANTA CATARINA, 2006). Ainda segundo Nascimento Jr., a dimensão política é caracterizada como um processo de negociação para buscar a conciliação de valores, necessidades e

interesses divergentes e administrar conflitos entre os vários segmentos da sociedade que disputam os benefícios da ação governamental.

Em relação especificamente ao instrumento “Plano”, Tancredi, Barros e Ferreira (1998) afirmam que este é na verdade um dos produtos de um amplo processo de análises e acordos, que deve documentar e enunciar as conclusões desses acordos, indicando para onde se quer conduzir o sistema e como se pretende agir para que as metas sejam alcançadas, constituindo-se no detalhamento do processo de mudança entre a situação atual e a desejada.

O Plano é considerado como produto do processo de planejamento que, de forma simplificada, pode-se dizer que é o documento elaborado a partir da identificação de problemas, para os quais se elaboram objetivos, ações/atividades como fim de resolvê-los, em conformidade com um cronograma de execução (BRASIL 2006a).

Os Planos de Saúde são as bases das atividades de programação de cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e devem corresponder ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera de governo. Além disso, devem ser submetidos na íntegra aos conselhos de saúde correspondentes, em cada nível de gestão do SUS. Aos conselhos é recomendado promover debates para esclarecimento e para determinar alterações, se julgarem necessário (BRASIL, 1998).

1.1. Planejamento Estratégico Situacional (PES)

Neste trabalho, optou-se pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) como suporte teórico à discussão do processo de Planejamento em Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses. Tal opção se deu pelo entendimento do PES como capaz de lidar com situações² complexas e multifatoriais, com a incorporação das questões políticas e o envolvimento de diferentes atores e motivações no mesmo processo.

² Para Matus, “Situação” é um recorte da realidade feita por um ator social, sendo ela determinada por sua ação, interação e luta com outros atores sociais. Cada ator envolvido faz sua própria leitura da realidade em que está inserido, a partir da posição que ocupa (MOTTIN, 1999).

O PES, sistematizado originalmente na década de 70 pelo economista chileno Carlos Matus, surgiu como uma contraposição aos denominados métodos tradicionais de planejamento, ou métodos normativos. No Planejamento Normativo, há um “sujeito” que planeja e um “objeto” que é a realidade econômica e social. Normalmente, o sujeito é o Estado e assume-se que este possa controlar o objeto do planejamento. Ainda para o Planejamento Normativo, as reações dos demais sujeitos ou atores – que pouco influenciam o processo – são previsíveis porque seguem prognósticos de teorias sociais bem conhecidas. O diagnóstico é pré-condição para o planejamento, e se revela verdadeiro e objetivo, sendo a única explicação possível da realidade, não se aceitando a influência de outros atores sociais. O sujeito do processo de planejamento não é capaz de controlar todas as variáveis, porém as variáveis não-controladas não são consideradas importantes ou determinantes para o processo de planejamento (DE TONI, 2004; MATUS, 1993).

Um dos métodos de planejamento normativo foi o método CENDES-OPS de Programação em Saúde, desenvolvido na América Latina, na década de 60. No CENDES-OPS se propõe uma metodologia de gerenciamento frente a uma situação de escassez de recursos, buscando-se ações de maior efetividade. Assim, delineiam-se as intervenções para um problema em detrimento de outro, com a priorização com base em padrões econômicos e técnicos. Foi o primeiro método a incorporar a necessidade da utilização eficiente dos recursos públicos, através de priorizações e de cálculos de resultados para cada instrumento de ação (TANCREDI, BARROS, FERREIRA, 1998).

Na concepção do Planejamento Normativo, há uma aparente governabilidade, oriunda da ilusão de que as variáveis não possíveis de controle são pouco ou nada importantes no contexto. Já na visão estratégica de planejamento, como a proposta pelo PES, assume-se a existência de vários agentes que planejam com objetivos diversos e muitas vezes conflituosos. Não há, para o PES, uma única técnica de planejamento, assim como não há uma única explicação para os problemas³ (DE

³ “Matus (1993), apoiado em Ian Mitroff, utiliza as noções de problemas bem estruturados, quase estruturados e não estruturados. Os primeiros são problemas que, em geral, podem ser tratados segundo modelos determinísticos de análise, pois se conhecem todas as variáveis intervenientes e suas formas de articulação. Por outro lado, os dois outros tipos de problemas só podem ser tratados a partir de modelos probabilísticos e de intervenções criativas, já que fazem parte de situações de incerteza quantitativa e/ou qualitativa, nas quais não se podem enumerar todas as variáveis envolvidas e seus respectivos pesos na geração do problema” (ARTMANN et al., 1997, p.724-725).

TONI, 2004; RIVERA, 1992). Para Rivera e Artmann (2003), a adaptação e simplificação do PES têm ajudado a evitar uma centralização obsessiva em questões metodológicas, reforçando a idéia de que o método é um simples meio a serviço de sujeitos.

O enfoque estratégico incorpora racionalidade política à econômica. Para Mottin (1999), o enfoque estratégico diferencia-se do normativo por considerar que “a normatividade econômica não é única; o sujeito que planeja está inserido na realidade que também abriga outros sujeitos planejando; a realidade tem diferentes explicações de acordo com o olhar de cada sujeito, devendo-se examiná-la também como um processo dinâmico” (p.33).

O PES assume a superioridade do político sobre o econômico e a diversidade dos atores-sujeitos do ato de planejar. Propõe-se o protagonismo da viabilidade política na definição de propostas e compromissos de ação, a partir da articulação que se abre a uma perspectiva policêntrica de análise (RIVERA, ARTMANN, 2003).

Rivera e Artmann (2003) trazem o conceito de Planejamento Comunicativo como uma interpretação do planejamento estratégico de Carlos Matus, assumindo o ato de planejar como relação interativa, a negociação cooperativa como meio estratégico, e ressaltam a valorização das experiências dos atores-sujeitos e da cultura das organizações. Desta forma, o planejamento comunicativo é assumido como meio de construção de organizações dialógicas.

Matus (1993) estabelece que, para governar, há a permanente articulação de três variáveis, denominadas por ele de Triângulo de Governo: projeto ou proposta de governo, capacidade para governar e governabilidade.

O projeto de governo, ou proposta de governo, é constituído pelos problemas que o gestor decide enfrentar durante o período de governo, e a maneira pela qual escolhe fazê-lo; é o conteúdo propositivo do plano. Para Matus, a capacidade de resolver estes problemas e a viabilidade política do enfrentamento depende dos critérios e estratégias utilizadas para a seleção dos problemas (MATUS, 1993).

A capacidade para governar é definida como uma série de características do gestor e sua equipe que lhe conferem a competência necessária para a compreensão, elucidação e enfrentamento dos problemas. Algumas destas características são a experiência, a capacidade pessoal e institucional e a bagagem intelectual, que definem a capacidade que o governante tem de dirigir, gerenciar, administrar e controlar (MATUS, 1993).

A governabilidade refere-se à relação entre o peso das variáveis controladas pelo gestor e o das que não controla, somadas à percepção que o gestor tem desta relação, ou seja, de sua limitação quanto ao controle majoritário de determinada situação. Assim, menor é a governabilidade de um gestor quanto menor for sua capacidade de alterar determinadas variáveis diagnosticadas como fragilidades (MATUS, 1993).

Paim (2006) ressalta a necessidade da ação vinculada ao processo de planejamento, e traz o planejamento como “oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade” (p. 770).

Matus (1993) divide o processo de Planejamento Estratégico em quatro momentos básicos, que se encadeiam em seqüência e se alteram, num processo contínuo.

O primeiro momento é o explicativo: destina-se a explicar a realidade. Para isto, deve ser considerado o conjunto de problemas relevantes com base nos quais foi sendo conduzida a intervenção sobre o sistema. Neste momento, os problemas são mensurados para cada ator social e explicados sistemicamente, buscando-se hierarquizar ou seqüenciar os problemas e estabelecer-se os nós críticos⁴. Espera-se que, neste momento, se vá além da simples elaboração da listagem de problemas oriundos do diagnóstico tradicional. É necessário que se delineie a efetiva inter-relação entre os problemas apresentados, bem como a explicação da situação e das relações causais, possibilitando uma visão mais sintética do sistema que os produz (MATUS, 1993; MOTTIN, 1999; TONINI, 2005).

Matus recomenda que, para a hierarquização dos problemas, sejam utilizados os seguintes critérios:

- o valor do problema para o planejador;
- a capacidade de enfrentamento do problema, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade;
- a possibilidade de sucesso no enfrentamento do problema (MATUS, 1993; MOTTIN, 1999).

⁴ Nó crítico: ponto de maior sensibilidade para a mudança; alvo das ações para enfrentar o problema (Matus, 1993; Mottin, 1999).

No segundo momento, denominado normativo, é o que se delineiam as propostas de ações e operações para o enfrentamento dos problemas relatados no momento explicativo. As ações devem voltar-se a cada um dos problemas selecionados, na dependência da capacidade de enfrentá-los e da hierarquização proposta, priorizando-se os nós críticos (MATUS, 1993; MOTTIN, 1999; TONINI, 2005).

Como o PES assume as situações como passíveis de mudança contínua, a definição das ações a serem adotadas devem prever a alteração nestes contextos, que Matus denomina de cenários otimista, central ou pessimista. Cada um destes cenários demarca as condições e pressupostos de ocorrência da ação, e esclarece quais as possíveis acomodações do plano delineado às novas circunstâncias, sejam estas favoráveis ou não (MATUS, 1993; MOTTIN, 1999).

Após a definição das ações, o momento seguinte é estratégico, que traz o cálculo da articulação da possibilidade de implementação destas ações, no sentido de formular estratégias que possibilitem incorporar viabilidade ao plano (MATUS, 1993; TONINI, 2005).

“Para Matus, o conceito de estratégia tem duas conotações: uma se refere ao que é importante fazer para chegar ao objetivo pretendido, e a outra, relaciona-se ao modo com que se deve agir para com o outro a fim de obter sua colaboração ou vencer sua resistência e atingir a situação objetivo” (MOTTIN, 1999, p.49).

Considerando-se que o poder não pertence a um único ator, há a necessidade de sistematização das relações políticas entre os atores envolvidos. O PES distingue, no momento estratégico, a negociação (conflitiva, mista e cooperativa) como um meio estratégico (RIVERA, ARTMANN, 2003).

O momento tático-operacional é o momento central da mediação entre o conhecimento e a ação, correspondendo ao momento de implementação das operações ou ações. Assim, este momento perpassa os três anteriores e a ação praticada, com o objetivo de reavaliar o proposto e projetar as necessárias adaptações às mudanças constantes nos cenários (MATUS, 1993; MOTTIN, 1999; TONINI, 2005).

Assim, a essência do método do PES “reside na mediação entre o conhecimento e a ação, e que o plano elaborado por este método está constantemente em reelaboração” (p.52), constituindo-se um método bastante

complexo, mas capaz de projetar ações reflexivas e responsáveis frente à realidade social do processo de atenção à saúde (MOTTIN, 1999)

1.2. Responsabilidades dos Municípios na Gestão e Planejamento dos Serviços de Saúde

Objetivando transferir o poder do nível central para o nível periférico – a chamada descentralização – a Constituição Nacional atribui ao município a condição de ente federado (Art. 1º e 18º), ressaltando o papel dos municípios como executores dos serviços públicos essenciais. Quanto à área da saúde, o município recebe, pela Constituição (Art. 30, VII), a incumbência de atender à saúde da população com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados (BRASIL, 1988). Um dos propósitos primordiais para a incorporação da descentralização nos princípios constitucionais do SUS foi a instalação de maior equilíbrio entre as regiões, com a diminuição das desigualdades regionais em saúde (GERCHMAN, VIANA, 2005)

De acordo com Tancredi, Barros e Ferreira (1998), as políticas públicas de descentralização do sistema de saúde são bastante ricas e promissoras, porém trazem consigo a obrigação para o poder local assumir um papel mais pró-ativo no processo de definição dos destinos do sistema.

Carvalho e Santos (1995) afirmam a descentralização como exigência para efetivação da democracia e da justiça social. De acordo com os autores, “nada será autenticamente federal se não passar pelo meridiano do município” (p.289).

O poder local, que por muito tempo lutou por maior autonomia, com o processo de municipalização da gestão afinal ganhou maiores responsabilidades pela gerência do sistema de saúde. Além da gerência sobre a execução dos serviços, espera-se dos municípios também o efetivo planejamento das ações executadas. Estes devem assumir as responsabilidades pela definição de uma direcionalidade para o sistema que seja harmônica e coerente com os grandes objetivos nacionais para o setor (TANCREDI, BARROS, FERREIRA, 1998).

Campos (1994) defende a idéia de radicalizar a descentralização, levando-a a cada unidade de saúde e até a cada equipe multiprofissional. Neste caso, o processo de planejamento deveria definir objetivos estratégicos, e cada equipe teria

autonomia para organizar-se da maneira que julgasse mais conveniente para alcançar os objetivos, sempre dentro dos limites gerais da política de saúde vigente. Para Gerchman e Viana (2005), a descentralização é uma ferramenta central no deslocamento do poder político e decisório, sendo conquistado através da vivência da cidadania em saúde, como um novo espaço facilmente permeável à participação e ao controle social dos cidadãos.

1.3. Planejamento em Assistência Farmacêutica

Assumindo-se a Assistência Farmacêutica (AF) como um conjunto de atividades de cunho multiprofissional, não se restringindo ao simples abastecimento de medicamentos, torna-se necessária a elaboração de diretrizes claras por parte do gestor envolvido. Este gestor representará um elo entre diferentes níveis dentro do sistema, na medida em que será um dos responsáveis pela tradução das diretrizes em ações concretas. Para que cada diretriz possa atingir os objetivos esperados, é preciso desencadear um processo permanente de análise, que resulte na definição de ações específicas a serem realizadas. No planejamento, delinea-se o objetivo a ser alcançado e os possíveis obstáculos a serem superados para a construção da nova realidade (MARIN et. al, 2003). Assim, o planejamento passa a ser parte integrante do processo de gerenciamento da AF.

O aspecto central do planejamento é o acompanhamento permanente da realidade com avaliação das decisões tomadas. O objetivo é o de verificar se os resultados produzidos convergem na direção dos resultados esperados. Assim, o planejamento deve ser entendido como um processo de aprendizagem/correção/aprendizagem, o que nos permite fazer a correção da trajetória, em direção aos objetivos propostos (MARIN et. al, 2003).

Em 2006, considerando-se a necessidade dos estados e municípios realizarem o Planejamento em Assistência Farmacêutica trazida pela Portaria Ministerial n. 2084/05, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) propôs um método para o Planejamento em AF, denominado “Planejar é Preciso”, no projeto “Assistência Farmacêutica: Planejar, Organizar, Avaliar, é preciso” (BRASIL, 2006b). A recomendação foi de

que os municípios elaborassem o capítulo “Assistência Farmacêutica” do Plano Municipal de Saúde, para o período de 2007 e 2008, com uma discussão no Conselho Municipal de Saúde e inclusão na revisão do Plano de Saúde, em 2007 (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

O objetivo do projeto foi apoiar os municípios e estados, através da realização de seminários locais para a apropriação de conceitos de AF e de um método de planejamento que pudessem se tornar instrumentos para a realização de oficinas e confecção dos capítulos de Assistência Farmacêutica do Plano de Saúde (BRASIL, 2006b).

O método de planejamento proposto foi inspirado em uma ferramenta utilizada pelo Programa DST/Aids, adaptada às necessidades da AF. Baseia-se na identificação do estágio atual de desenvolvimento da capacidade técnica e de gerenciamento da AF, na definição de metas e prioridades nas ações, na construção de parâmetros e definição de necessidades e no desenho do plano de ação. A definição do estágio atual de desenvolvimento se dá pelo Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica (IAPAF), projetado para ser utilizado em uma oficina, de modo que o município avalie o estágio em que se encontra, com relação a um grupo de dimensões da AF, identifique modificações que, se implementadas, permitirão avanço, e defina um conjunto de ações para implementar essas modificações (BRASIL, 2006a).

O projeto previu a realização de 61 seminários locais, com cerca de 8 horas de duração, em todos os estados da Federação, voltados a profissionais diretamente envolvidos com as questões de AF, com um perfil mais técnico, e Secretários de Saúde ou seus representantes, com um perfil mais político (BRASIL, 2006b).

2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e uso racional (OPAS/OMS, 2002). De acordo com a Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004, Assistência Farmacêutica é o

“Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da Saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (BRASIL, 2004, p.1).

As Conferências Regionais, Estaduais e Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizadas em 2003, apontaram a necessidade de consolidação de todas as etapas da Assistência Farmacêutica. As principais diretrizes definidas pelas conferências foram: (a) a necessidade de se ampliar o acesso a medicamentos de qualidade; (b) definir e implementar Políticas de Assistência Farmacêutica e Fitoterapia (incluindo os aspectos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico), bem como de um Plano Nacional de Assistência Farmacêutica determinando claramente as atribuições das três esferas de governo na área; (c) a organização da gestão e a qualificação dos serviços (SANTA CATARINA, 2006). Em última análise, podemos afirmar que o acesso e o uso racional de medicamentos são os principais objetivos do processo de gerência da Assistência Farmacêutica (MARIN et al., 2003).

A adequação das atividades de Assistência Farmacêutica ao atual modelo descentralizado de gestão em saúde tem como referências a extinção da CEME – Central de Medicamentos, em 1997, e a publicação da Política Nacional de Medicamentos (Portaria n. 3916/98), que dentre várias outras questões define a competência de cada esfera de governo neste tema (MARIN et al., 2003). Além disto, pode-se definir como marco a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2004, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, como

“política norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público quanto o privado de atenção à saúde” (BRASIL, 2004, p.1)

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, assim como a Política Nacional de Medicamentos, têm por fundamentos garantir o acesso da população a medicamentos essenciais com qualidade e segurança e promover o seu uso racional (BRASIL, 2006c).

A Política Nacional de Medicamentos também define a atuação do farmacêutico, como “papel-chave nesta assistência, na medida em que é o único profissional que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas”, tendo atuação ainda nas áreas de análises clínicas e toxicológicas e de processamento e controle de qualidade de alimentos (BRASIL, 1998).

Araújo e Freitas (2006) utilizam a denominação ciclo curto e ciclo longo para diferentes entendimentos em relação à Assistência Farmacêutica. Assim, no ciclo curto o medicamento é o objeto de trabalho do farmacêutico na unidade de saúde, fortemente marcado pela gestão burocrática, ou seja, garantir a disponibilidade do medicamento ao usuário. Já o ciclo longo da Assistência Farmacêutica envolve “todos os aspectos referentes à atividade farmacêutica, englobando desde a pesquisa, obtenção de matéria prima, produção e controle de qualidade, até chegar à dispensação do medicamento, eventualmente com atividades de farmacovigilância”.

Um dos autores referenciados acima (Araújo), em publicação posterior com colaboradores, divide a Assistência Farmacêutica em duas subáreas distintas, porém complementares. A primeira engloba as atividades relacionadas à tecnologia de gestão do medicamento, tendo como missão proporcionar o abastecimento, passo essencial para a garantia do acesso da população ao medicamento. Estas atividades são necessárias ao cumprimento dos aspectos legais e às diretrizes das políticas de saúde, e envolvem: o estabelecimento de critérios de padronização dos medicamentos, mecanismos de aquisição, armazenamento e logística de distribuição. A segunda subárea está relacionada à tecnologia do uso do

medicamento, envolvendo desde a prescrição até a utilização correta e eficaz dos mesmos. Esta área envolve a atuação de diferentes classes de profissionais de saúde e dos usuários dos medicamentos. Para os autores, a execução das atividades de tecnologia do uso do medicamento depende fundamentalmente da adequada execução das atividades de tecnologia de gestão do medicamento (ARAUJO et al., 2008).

2.1. Seleção de Medicamentos

A seleção é um processo de escolha de medicamentos, que se utiliza de critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos para a seleção de medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas (BRASIL, 2006c; MARIN et al., 2003).

Os objetivos da seleção de medicamentos, segundo diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c, p.32), são:

- reduzir o número de especialidades farmacêuticas;
- uniformizar condutas terapêuticas;
- melhorar o acesso aos medicamentos selecionados;
- contribuir para a promoção do uso racional de medicamentos;
- assegurar o acesso a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos;
- racionalizar custos e possibilitar maior otimização dos recursos disponíveis;
- facilitar a integração multidisciplinar, envolvendo os profissionais de saúde, na tomada de decisões;
- favorecer o processo de educação continuada e atualização dos profissionais, além do uso apropriado dos medicamentos;
- melhorar a qualidade da farmacoterapia e facilitar o seu monitoramento;
- otimizar a gestão administrativa e financeira, simplificando a rotina operacional de aquisição, armazenamento, controles e gestão de estoques.

A seleção de medicamentos, trazida por muitos autores como a principal etapa do Ciclo da Assistência Farmacêutica – já que é a partir dela que as outras

etapas se desenvolvem – tem como importante aspecto as questões estratégicas inerentes à sua execução. Para tal, requer-se o envolvimento dos profissionais de saúde, que devem participar de todo o processo de seleção dos medicamentos. Além disso, o gestor municipal também deve estar comprometido com todo o processo. É necessário considerar análise e perfil das prescrições na rede de saúde, quantidade média de medicamentos prescritos por receita, gastos efetuados por mês, medicamentos mais prescritos, dados de consumo e demanda, além de estudos de utilização de medicamentos que possibilitem dispor de uma série de informações técnicas e administrativas que devem ser apresentadas à gestão (BRASIL, 2006c; MARIN et al., 2003).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c, p.33) recomenda algumas etapas para o desenvolvimento do processo de seleção de medicamentos:

- 1ª etapa - fase política: apoio e sensibilização do gestor e dos profissionais de saúde.
- 2ª etapa - fase técnico-normativa: criação de Comissão de Farmácia e Terapêutica em caráter permanente e deliberativo. Quando necessário, subcomissões ou consultas a especialistas.
- 3ª etapa – seleção propriamente dita, cujo resultado e/ou produto consiste na elaboração de uma relação de medicamentos essenciais, que deve nortear as diretrizes e utilização, programação, aquisição, prescrição, dispensação, etc. Fase de estruturação da relação de medicamentos: definição de critérios e efetivação do processo.
- 4ª etapa – fase de divulgação e implantação: elaboração de estratégias para divulgação da relação, que poderá ser feita por meio de seminários, palestras, meios de comunicação, instrumento oficial (Portaria), entre outros, como forma de validar e legitimar o processo.
- 5ª etapa – elaboração de um Formulário Terapêutico: documento que consiste de informações técnicas relevantes e atualizadas a respeito dos medicamentos que foram selecionados, para subsidiar os prescritores.

Assim, a seleção de medicamentos deve basear-se em critérios epidemiológicos e farmacoeconômicos. Devem ser consideradas a eficácia e segurança dos medicamentos, buscando-se minimizar as pressões mercadológicas e de relações interpessoais, evitando o modelo centrado na consulta médica e no atendimento automático da demanda correspondente (ARAUJO et al., 2008).

Para auxiliar o processo de seleção de medicamentos nas instituições, a Organização Mundial da Saúde recomenda, e reitera nas Estratégias Farmacêuticas no período de 2004 a 2007, a promoção das Comissões de Farmácia e Terapêutica nos níveis institucional, local e nacional (WHO, 2004). Comissões de Farmácia e Terapêutica são instâncias colegiadas, de caráter consultivo e deliberativo, tendo por finalidade assessorar o gestor e a equipe de saúde em assuntos referentes aos medicamentos, com caráter multidisciplinar, considerando a complexidade dos serviços a serem cobertos (BRASIL, 1998). Estas comissões constituem uma das estratégias reconhecidas para organizar as ações que devem dar conta de aprimorar a utilização dos fármacos nos diversos equipamentos de saúde, promovendo a qualidade no uso e a otimização dos investimentos em medicamentos (MARQUES, ZUCCHI, 2006).

O processo de seleção de medicamentos tem como um de seus objetivos a definição de uma relação de medicamentos essenciais, entendidos como aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de atenção à saúde da população. Estes necessitam estar disponíveis a todo momento, nas quantidades e nas formas farmacêuticas adequadas (WHO, 2002; WANNMACHER, 2006).

Hogerzeil, em dois artigos publicados em 2006, relaciona o efetivo processo de fornecimento de medicamentos essenciais com o direito à saúde dos usuários de um determinado sistema. Ressalta ainda a importância da garantia constitucional aos serviços de saúde, em que é definida a obrigação Estatal em prover os serviços e atuar na garantia do bem-estar social (HOGERZEIL, 2006; HOGERZEIL et al., 2006).

2.2. Programação de Medicamentos

Na etapa de programação, definem-se as quantidades a serem adquiridas para atendimento a determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo. Ao considerar-se a disponibilidade de recursos, pode-se definir as prioridades na aquisição dos medicamentos, evitando-se aquisições desnecessárias, perdas e descontinuidade no abastecimento (BRASIL, 2006c; MARIN et al., 2003).

Para uma programação bem-sucedida, o requisito essencial é a informação: dados de consumo e demanda (atendida e não-atendida) de cada produto, incluindo

sazonalidade e estoques existentes; perfil epidemiológico local (morbimortalidade); dados populacionais; conhecimento da rede de saúde local (níveis de atenção à saúde, oferta e demanda dos serviços, cobertura assistencial, infra-estrutura, capacidade instalada e recursos humanos) (BRASIL, 2006c; MARIN et al., 2003).

São definidos vários métodos para a programação de medicamentos. Os mais utilizados são:

- Perfil epidemiológico: baseia-se nos dados de morbimortalidade, com o diagnóstico situacional de saúde da população. A partir disto, delineia-se os esquemas terapêuticos e as quantidades de medicamentos necessárias por tratamento, e calcula-se a quantidade necessária de cada medicamento para atender à população-alvo (BRASIL, 2006c).
- Consumo histórico / consumo médio mensal: analisa o consumo de medicamentos em uma série histórica, possibilitando estimar as necessidades. É importante que sejam consideradas a sazonalidade e a demanda não-atendida (BRASIL, 2006c).
- Oferta de serviços: estima-se as necessidades de medicamentos a partir da disponibilidade de serviços ofertados. Calcula-se a capacidade de oferta do serviço e multiplica-se pela quantidade de medicamentos utilizados por procedimento (BRASIL, 2006c).

2.3. Aquisição de Medicamentos

É o processo no qual se efetiva a compra dos medicamentos previamente selecionados e programados, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade e manter a regularidade do sistema de abastecimento (BRASIL, 2006c; MARIN et al., 2003).

A aquisição de produtos e serviços pelo setor público é regida pela Lei Federal n. 8666/1993. A citada lei define como modalidades de aquisição: a licitação, a inexigibilidade de licitação e a dispensa de licitação (MARIN et al., 2003).

A licitação é o princípio constitucionalmente estabelecido (Art. 37, XXI da Constituição Federal) através do qual a administração pública impõe a concorrência para efetuar suas aquisições ou vendas de bens e serviços e prepara o processo administrativo para a contratação dos fornecedores. Os critérios para julgamento das

propostas podem ser: melhor técnica, menor preço ou técnica e preço. Os medicamentos são adquiridos exclusivamente por licitações de menor preço (MARIN et al., 2003).

A Lei Federal n. 8666/93 define como possibilidades de licitação: concorrência, tomada de preços, convite, concurso ou leilão; a definição de qual licitação será realizada depende do bem ou serviço a ser adquirido e do valor investido. Posteriormente, a Medida Provisória n. 2023-7/00 instituiu o pregão eletrônico como possibilidade de aquisição de produtos no serviço público, aplicável a qualquer valor de aquisição. Esse mecanismo veio a simplificar sobremaneira o processo, atribuindo-lhe agilidade e grandes possibilidades de redução dos custos operacionais e dos preços efetivamente contratados (BRASIL, 2006c; MARIN et al., 2003).

2.4. Armazenamento e Distribuição de Medicamentos

A etapa de armazenamento tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos. Envolve as atividades de: recepção/recebimento; estocagem e guarda; conservação e controle de estoque de medicamentos (BRASIL, 2006c; VECINA NETO, REINHARDT FILHO, 1998; MARIN et al., 2003).

Os objetivos específicos da etapa de armazenamento são: receber materiais do modo adequado a cada tipo; efetuar a guarda dos mesmos de acordo com os ditames legais e técnicos, possibilitar a rápida localização; efetuar procedimentos de gestão e controle, preservar as características dos itens armazenados e proceder a expedição dos produtos, de maneira a preservar a qualidade dos materiais (BRASIL, 2006c; MARIN et al., 2003).

Para um armazenamento eficaz, há a necessidade de, além dos procedimentos corretos, uma estrutura física adequada, que garanta: alto grau de flexibilidade do arranjo físico, eficiente organização do espaço, reduzida necessidade de equipamentos, adequação sanitária das instalações, segurança quanto à integridade e estabilidade dos itens armazenados, pronto acesso aos itens, manutenção de registros adequados de entrada e saída, mecanismos de

minimização de perdas por deterioração e/ou desvio e garantia dos requisitos de segurança individual e coletiva (MARIN et al., 2003).

A distribuição de medicamentos consiste no suprimento de medicamentos às unidades de dispensação na quantidade correta, garantindo a qualidade dos produtos e em tempo oportuno. Esta etapa deve assegurar rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação (BRASIL, 2006c; MARIN et al., 2003).

A periodicidade da distribuição dos medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico às unidades dispensadoras varia de acordo com o método de programação utilizada, o número de unidades de dispensação de medicamentos, a demanda local, o tempo de aquisição, a disponibilidade de infraestrutura para transporte (veículos e recursos humanos), entre outros (BRASIL, 2006c; MARIN et al., 2003).

2.5. Prescrição, Dispensação e Uso de Medicamentos

Neste item localizam-se as atividades descritas por Araújo et al. (2008) como ações que envolvem a tecnologia do uso do medicamento, ou seja, desde a prescrição até a utilização correta e eficaz dos medicamentos. O desenvolvimento destas atividades está intimamente relacionado ao desempenho das etapas anteriores, já que a disponibilidade do medicamento está condicionada à eficácia deste processo.

Conforme a Política Nacional de Medicamentos de 1998 (BRASIL, 1998), prescrever medicamentos é definir qual medicamento deve ser usado pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Normalmente o processo de prescrição é registrado em um documento – a prescrição ou receita, que estabelece o que deve ser dispensado ao paciente e como este deve usá-lo (MARIN et al., 2003).

Dispensação de medicamentos é a ação executada por profissional farmacêutico, na qual, em resposta à uma prescrição elaborada por profissional habilitado, o farmacêutico entrega o medicamento correspondente e orienta seu uso (BRASIL, 2006c).

Para Araújo et al. (2008), apesar do envolvimento de vários atores neste “teatro de operações” – minimamente o prescritor (médico ou odontólogo), o

farmacêutico e o usuário de medicamentos – na prática a responsabilidade de direção do processo cabe ao profissional farmacêutico, por seu vínculo histórico e indissociável com o medicamento.

2.6. Financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

O financiamento das ações de Assistência Farmacêutica tem passado por alterações nos últimos anos. A regulamentação atual do financiamento é pela Portaria n. 3237, de 24 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a). Como anteriormente, o financiamento é tripartite,

Tal portaria define o Elenco de Referência – relação de medicamentos e insumos que se destinam a atender aos agravos prevalentes e prioritários da atenção básica à saúde. Todos os medicamentos são constantes da RENAME 2006, e é permitido à esfera local alterar esta relação, de acordo com a necessidade local/regional, sempre respeitando a RENAME vigente, e desde que pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite. Os valores mínimos aplicados para os medicamentos do Elenco de referência são: R\$ 4,10 por habitante/ano da União; R\$ 1,50 por habitante/ano dos estados e Distrito Federal; e R\$ 1,50 por habitante/ano dos municípios (BRASIL, 2007a).

Além disto, o Ministério da Saúde assume, com recursos diferentes dos aplicados para o Elenco de Referência, o financiamento, a aquisição e distribuição às Secretarias de Saúde dos Estados da: insulina NPH 100UI e Insulina Humana Regular 100UI, com R\$ 0,68 habitante/ano; e contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, com R\$ 0,30 habitante/ano. Ainda os estados, o Distrito Federal e os municípios são responsáveis pelo financiamento dos insumos para usuários insulino-dependentes (seringas com agulha, tiras reagentes e lancetas), com R\$ 0,30 habitante/ano, também com recursos diferentes dos utilizados na aquisição do Elenco de Referência (BRASIL, 2007a).

A transferência dos recursos federais pode ser suspensa em caso de irregularidades na utilização dos recursos ou em caso de não aplicação pelos gestores municipais e/ou estaduais dos recursos pactuados (BRASIL, 2007a).

III. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, com base nos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica encaminhados à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (DIAF- SES/SC) de 12 de novembro de 2005 a 06 de julho de 2006, e entrevistas semi-estruturadas com profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica em alguns municípios selecionados. A síntese das etapas metodológicas do presente estudo pode ser observada na Figura 1.

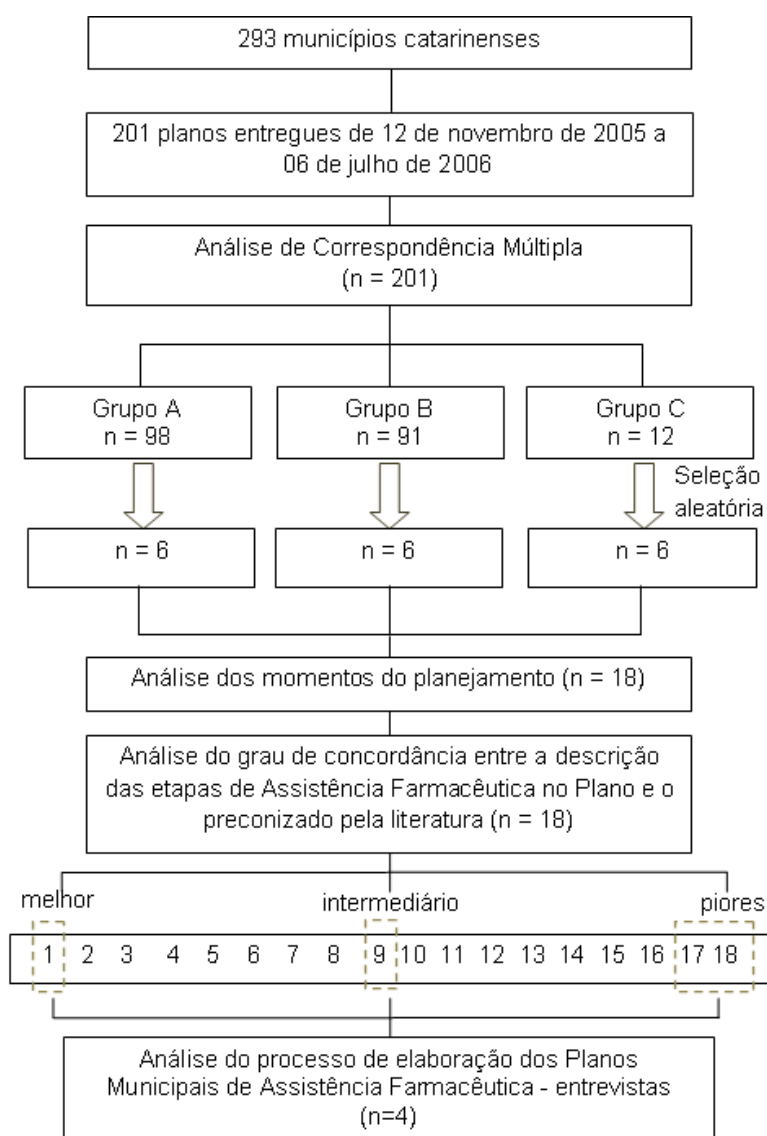


Figura 1. Etapas do estudo – Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.

A primeira etapa deste trabalho consistiu numa análise documental, realizada a partir dos 201 (duzentos e um) Planos Municipais de Assistência Farmacêutica (PMAFs) elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios catarinenses e encaminhados à DIAF- SES/SC até 06 de julho de 2006, data limite estabelecida pelo presente estudo. De acordo com Lakatos e Marconi (1994) análise ou pesquisa documental é aquela em que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos; para Andrade (2002), os documentos pesquisados ainda não se prestaram para o desenvolvimento de uma pesquisa.

A partir do roteiro para Elaboração dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica (desenvolvido pela Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina) foi construído um formulário de coleta de dados, com o objetivo de extrair informações a respeito de: número de farmacêuticos para as atividades de Assistência Farmacêutica, presença de Comissão de Farmácia e Terapêutica formalmente constituída, realização de estudos de seleção, métodos utilizados para programação, grupos de medicamentos adquiridos, local de armazenamento dos medicamentos, presença de critérios para a dispensação de medicamentos, presença de farmacêutico na dispensação de medicamentos e número de medicamentos na REMUME.

As informações foram coletadas de todos os 201 municípios que entregaram o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica no primeiro semestre de 2006. Foram armazenadas em tabelas do programa Excel®, e obtidas médias e frequências, além de análise estatística utilizando-se Epi-info versão 6, obtendo-se desta forma uma caracterização geral das atividades de Assistência Farmacêutica em Santa Catarina.

Para algumas variáveis estabeleceram-se categorias para agrupamento dos municípios: a) população do município (até 9.999 habitantes; de 10.000 a 49.999 habitantes; a partir de 50.000 habitantes), b) número de farmacêuticos para as atividades de Assistência Farmacêutica (dois ou mais farmacêuticos; um farmacêutico; sem farmacêutico; não informado), c) número de medicamentos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (101 a 200 medicamentos; 51 a 100 medicamentos; mais de 200 medicamentos; 1 a 50 medicamentos; não informado) e d) presença de farmacêutico na dispensação (presente; ausente; não informado). Para todas as variáveis, excetuando-se a

população, considerou-se a primeira categoria como sendo a ideal para o município, conforme descrito em literatura específica^{2,10}. Para a variável “número de medicamentos na REMUME”, estabeleceu-se o número ideal de medicamentos a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2006 (BRASIL, 2007b), excluindo-se os medicamentos de uso restrito e os de uso hospitalar.

Após categorização, estas variáveis foram utilizadas para análise de correspondência múltipla (fator 1) em programa estatístico SPAD - *Systeme Portable pour l' Analyse des Données* 3.5. Na Análise de Correspondência Múltipla, são consideradas uma série de variáveis categóricas para cada indivíduo, que é representado por um ponto, e sua localização define a relação entre as variáveis categorizadas, num modelo geométrico, formando nuvens de pontos, de acordo com as semelhanças entre as características analisadas (LE ROUX; ROUANET, 2004). No presente estudo, a Análise de Correspondência Múltipla delineou três agrupamentos de municípios, cujas características são explicitadas no capítulo 4.

Em cada um dos três agrupamentos foram escolhidos aleatoriamente 6 municípios, totalizando 18 municípios sorteados. Estes 18 PMAFs foram analisados a partir do referencial de momentos do processo de planejamento de Carlos Matus (1993), e os respectivos momentos foram identificados, quantificados e discutidos (método adaptado de TONINI, 2005). Para este processo, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo descrita por Laurence Bardin. Análise de Conteúdo é o conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1997). A Análise de Conteúdo produz correlações de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada (BAUER, 2004).

A etapa de diagnóstico dos PMAFs destes 18 municípios foi novamente analisada em relação à estrutura e atividades de Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação). Cada item recebeu, para cada município analisado, pontuação de 0 (zero) a 5 (cinco), de acordo com o grau de concordância entre a descrição da etapa pelo município e o preconizado pela literatura para tal etapa. Assim, os municípios foram classificados, da primeira à décima oitava posição, considerando-se o grau de desenvolvimento da execução das etapas da Assistência Farmacêutica. Os municípios localizados na

primeira, mediana e última posições foram selecionados para a próxima etapa do estudo. Como nesta classificação dois municípios receberam a mesma pontuação na última colocação, foram selecionados quatro municípios, nas posições 1, 9, 17 e 18.

Para estes municípios, foi realizada uma nova etapa metodológica, agora qualitativa. Segundo Minayo (2002), esse tipo de pesquisa abrange um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, num espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos, não sendo, portanto, reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para os quatro municípios, objetivando-se compreender os entendimentos relacionados ao processo de elaboração dos PMAFs e suas implicações para o planejamento, conduziu-se uma entrevista semi-estruturada (roteiro de entrevista no Apêndice A) com algum profissional da Secretaria Municipal de Saúde que tenha integrado a equipe que elaborou o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica. Para validação do roteiro de entrevista, realizou-se um piloto com um farmacêutico, Coordenador de Assistência Farmacêutica de um município catarinense que não entregou o PMAF à DIAF/SES/SC até a data limite para o estudo. Para a análise das entrevistas utilizou-se novamente a técnica de Análise de Conteúdo, com a frase utilizada como objeto de estudo. Foram agrupadas em categorias, que segundo Bardin (1997) são classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico; o agrupamento é efetuado em razão dos caracteres comuns dos elementos. Neste estudo, as categorias analisadas foram: conceito de assistência farmacêutica, de equipe de trabalho, de processo de planejamento, de terceirização, de monitoramento, de resultados e de controle social.

O projeto de pesquisa do presente estudo foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme parecer n. 184/2006 emitido em 26 de junho de 2006 (Anexo 3). Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) previamente à realização da entrevista.

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO: ESTADO DE SANTA CATARINA

Santa Catarina é um estado da federação que ocupa um território de 95,4 mil quilômetros quadrados, localizando-se no Sul do Brasil, entre os estados do Paraná e Rio Grande do Sul, fazendo fronteira com a Argentina na região Oeste. Florianópolis, a Capital, está a 1.850 km de Buenos Aires, 705 km de São Paulo, 1.144 do Rio de Janeiro e 1.673 de Brasília. Sua posição no mapa situa-se entre os paralelos 25°57'41" e 29°23'55" de latitude Sul e entre os meridianos 48°19'37" e 53°50'00" de longitude Oeste (SANTA CATARINA, 2008).

A população de 5.866.568 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é majoritariamente descendente de europeus de diversas origens, com predominância de portugueses, italianos e alemães (SANTA CATARINA, 2008).

Em relação à produção econômica, Santa Catarina possui conjuntos produtivos industriais, tecnológicos e de prestação de serviços distribuídos no território: eletro-metalmeccânica, na região de Joinville; têxtil-vestuário, no Vale do Itajaí; moveleiro na região de São Bento do Sul; cerâmica na região de Criciúma; suinocultura e agroindústria no Oeste catarinense e turismo no Litoral Centro-norte, de acordo com diversas publicações citadas por Boff (2007).

Administrativamente, os 293 municípios do estado de Santa Catarina estão agrupados, a partir de 2003, em Secretarias de Desenvolvimento Regional. Á época da coleta de dados do presente estudo, o estado estava dividido em 30 Secretarias de Desenvolvimento Regional definidas pela Lei Complementar Estadual n. 284/2005 (DAMO, LOCH, 2006), conforme Figura 2.

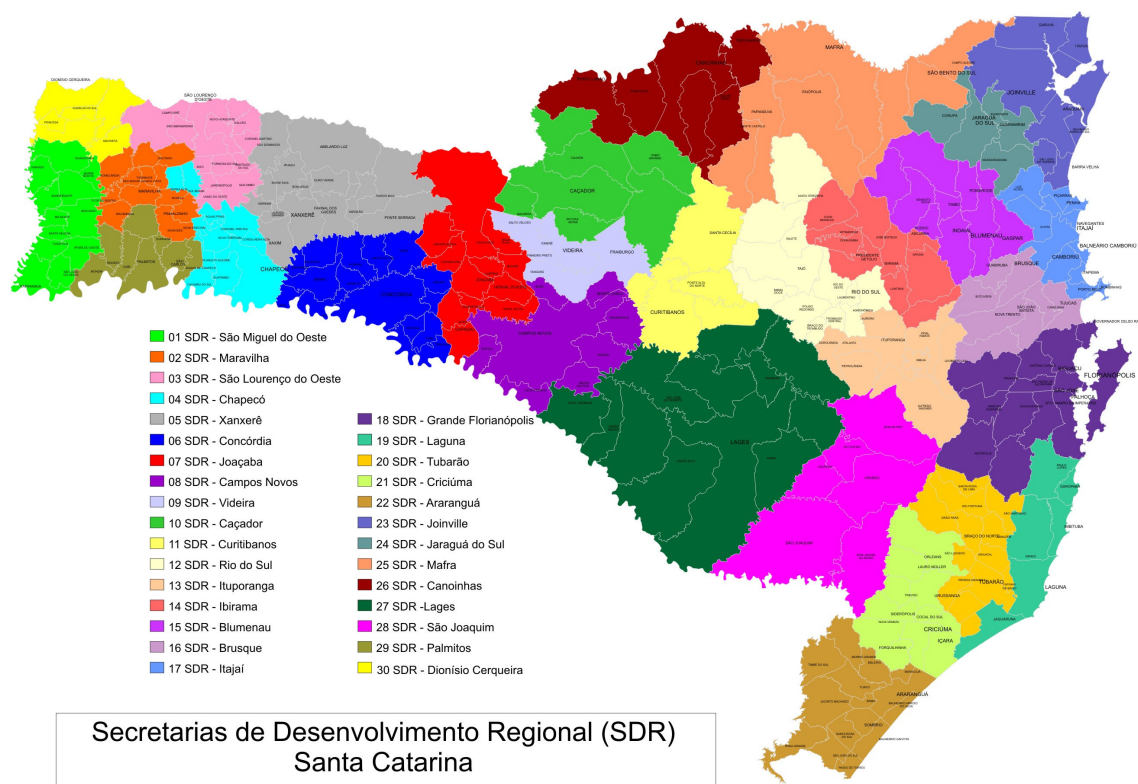


Figura 2: Secretarias de Desenvolvimento Regional do Estado de Santa Catarina (elaborado pela autora).

IV. RESULTADOS

O presente capítulo, que contém os resultados do trabalho, foi fragmentado em duas partes. Na primeira, discute-se a estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses, para a qual utilizou-se exclusivamente os dados constantes dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica; essa primeira parte originou um artigo submetido a um periódico científico. Na segunda parte do capítulo, aprofunda-se a discussão sobre os processos de planejamento e construção do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses.

1. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL (SANTA CATARINA): DIAGNÓSTICO A PARTIR DE PLANOS

Com a efetivação do processo de descentralização, que amplia a interface do Sistema de Saúde com a realidade social, política e administrativa do país, considerando suas especificidades regionais (BRASIL, 2006d), pactuam-se responsabilidades de planejamento, financiamento e execução das ações de Assistência Farmacêutica entre as três esferas de governo. Neste contexto, os municípios assumem a execução de muitas das ações de Assistência Farmacêutica, fazendo-se necessário, portanto, caracterizar a estrutura utilizada para o desenvolvimento destas ações.

Pesquisas de avaliação e análise da Assistência Farmacêutica foram conduzidas pelo Ministério da Saúde e Organização Panamericana da Saúde (BRASIL, 2005b) e por Cosendey et al. (2000); outras analisaram a Assistência Farmacêutica com base na judicialização do acesso a medicamentos, como Messeder, Osório-de-Castro e Luiza (2005), Vieira e Zucchi (2007) e Marques e Dallari (2007). Estas pesquisas evidenciam a necessidade de aperfeiçoamento na estrutura e na execução das atividades de Assistência Farmacêutica nos cenários avaliados.

Entre os 293 municípios de Santa Catarina, 201 municípios enviaram os PMAFs à DIAF/SES/SC até a data limite estabelecida por este estudo. A Tabela 1 resume a distribuição das variáveis nos municípios estudados.

Tabela 1. Distribuição dos municípios de acordo com as variáveis relacionadas à Assistência Farmacêutica – Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.

Variável	Categorias	Símbolo	Municípios	
			n	%
População	Até 9.999 habitantes	pop1	129	64,2
	De 10.000 a 49.999	pop2	55	27,4
	A partir de 50.000	pop3	17	8,4
Número de farmacêuticos em atividades de Assistência Farmacêutica	2 ou mais farmacêuticos	far1	15	7,5
	1 farmacêutico	far2	90	44,8
	Nenhum farmacêutico	far3	87	43,3
	Não informado	far4	9	4,4
Farmacêutico na dispensação de medicamentos	Presente	dis1	70	34,8
	Ausente	dis2	105	52,2
	Não informado	dis3	26	13,0
Número de medicamentos na REMUME	1 a 50 medicamentos	rem4	12	6,0
	51 a 100 medicamentos	rem2	71	35,3
	101 a 200 medicamentos	rem1	67	33,3
	Mais de 200 medicamentos	rem3	16	8,0
	Não informado	rem5	35	17,4
Total de municípios			201	100,0

Pode-se perceber na tabela acima que o porte populacional dos municípios que entregaram o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica assemelha-se ao universo de municípios catarinenses, com predominância dos de população abaixo de 10.000 habitantes. A média de número de profissionais farmacêuticos por município analisado é de 0,9; estes profissionais estão ausentes da etapa de dispensação de medicamentos na maior parte dos municípios estudados (105). Em relação ao número de medicamentos na REMUME, a maior parte apresenta entre 51 e 200 medicamentos.

Na Figura 3, observa-se a localização de cada variável categórica, definida na Análise de Correspondência Múltipla. Pode-se perceber que as variáveis “presença de farmacêutico” e “população” foram as que mais contribuíram para a formação dos agrupamentos, enquanto a variável “número de medicamentos na REMUME”

colaborou de maneira menos significativa, pois suas categorias posicionaram-se mais proximamente entre si e com o cruzamento dos eixos. Nota-se, em linhas gerais, uma relativa coerência na caracterização dos municípios estudados, pois aqueles de maior população apresentaram maior número de farmacêuticos envolvidos em atividades de Assistência Farmacêutica, enquanto os de menor população não possuíam farmacêuticos na dispensação de medicamentos, nem em outras atividades de Assistência Farmacêutica.

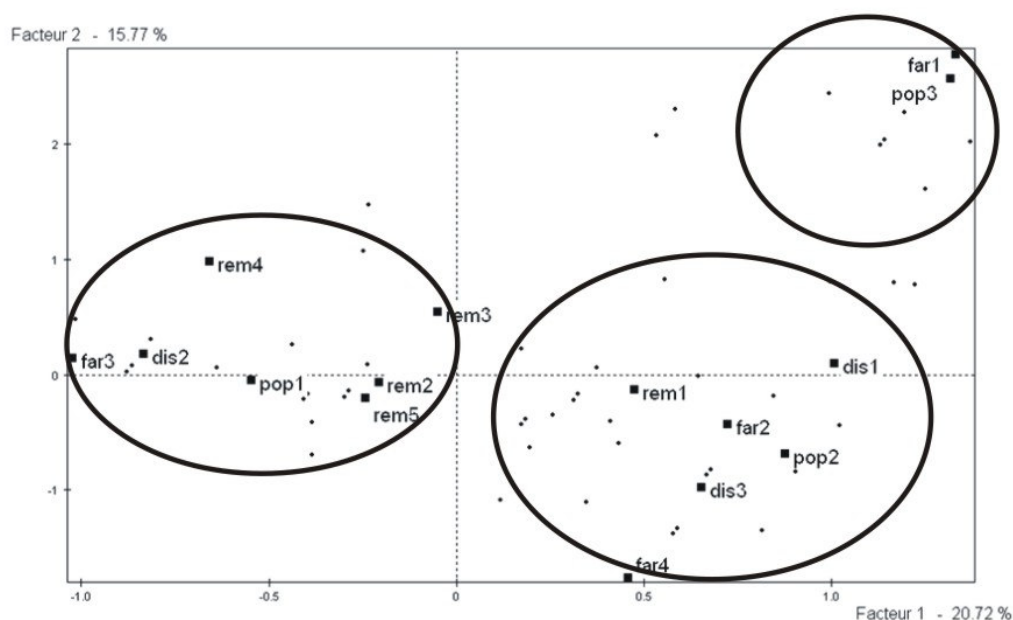


Figura 3. Agrupamento de variáveis categóricas definidas pelo programa SPAD 3.5, na análise de correspondência múltipla – Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.

Como resultados da Análise de Correspondência Múltipla, identificaram-se três agrupamentos de municípios, como evidenciado na Figura 4. No grupo A, localizado à esquerda da figura, com 98 municípios, estão os municípios de pequeno porte, com média populacional de 5.636 habitantes e em geral nenhum farmacêutico envolvido nas atividades de Assistência Farmacêutica (87,8% dos municípios). O grupo B, na porção inferior direita, com média de 14.157 habitantes, possui em sua maioria apenas um farmacêutico. No grupo C, localizado no quadrante superior direito, encontram-se os maiores municípios, com média de 166.573 habitantes e entre 2 e 15 farmacêuticos, com média de 5 profissionais atuando na Assistência Farmacêutica.

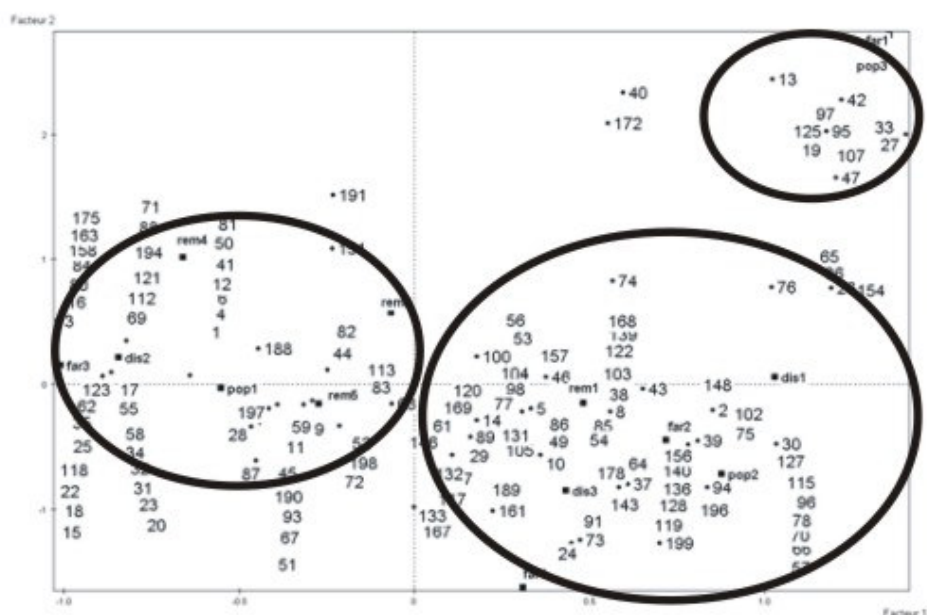


Figura 4. Agrupamento dos municípios (n=201), de acordo com as variáveis: população, número de farmacêuticos, presença de farmacêutico na dispensação e número de medicamentos na REMUME – Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.

A Tabela 2 apresenta algumas características dos agrupamentos delineados, através do teste de hipótese. Apesar de 96,9% dos municípios do grupo A afirmarem que não há profissional farmacêutico para a dispensação de medicamentos, 35,7% relataram adquirir medicamentos direcionados à saúde mental (dados não mostrados na Tabela 2), grupo de medicamentos que exige a presença de responsável técnico para o cadastramento junto ao programa estadual de fornecimento destes.

A falta de profissionais farmacêuticos em atividades de Assistência Farmacêutica em quase metade dos municípios estudados é um fator que caracteriza a pouca organização da mesma nos municípios catarinenses. *A priori*, não se espera para estes municípios melhoria na qualidade da assistência prestada sem a presença de um profissional que possa alicerçar tal evolução, tanto na estruturação gerencial das atividades quanto no contato direto com os usuários de medicamentos, beneficiários de todo o processo. A atuação do profissional farmacêutico pode interferir positivamente na política farmacêutica, na utilização de medicamentos e na obtenção de resultados para a farmacoterapia, assim como em

outros aspectos da atenção à saúde (OMS, 1993). Com base nesse trabalho, sugere-se que nos municípios maiores há mais possibilidades de orientação e controle na dispensação de medicamentos, devido à presença de profissional farmacêutico.

Tabela 2. Características dos agrupamentos de municípios formados em Análise de Correspondência Múltipla – Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.

		Não	Sim	Não Informado*	TOTAL	% não	χ^2	p
Presença de Farmacêutico	Grupo A	86	11	1	98	87,7	148,66	0,00
	Grupo B	1	82	8	91	1,1		
	Grupo C	0	12	0	12	0,0		
	TOTAL	87	105	9	201			
Presença de Comissão de Farmácia e Terapêutica	Grupo A	70	4	24	98	71,4	5,36	0,07
	Grupo B	58	9	24	91	63,7		
	Grupo C	9	3	0	12	75,0		
	TOTAL	137	16	48	201			
Realização de Estudos de Seleção	Grupo A	50	35	13	98	51,0	5,17	0,07
	Grupo B	31	41	19	91	34,1		
	Grupo C	7	3	2	12	58,3		
	TOTAL	88	79	34	201			
Farmacêutico na dispensação	Grupo A	95	1	2	98	96,9	134,74	0,00
	Grupo B	8	61	22	91	8,8		
	Grupo C	2	8	2	12	16,6		
	TOTAL	105	70	26				

*Não foram incluídos no teste de hipótese.

O número de medicamentos constantes das REMUMEs dos 103 municípios que informaram suas relações variou entre 15 e 413, sendo a média 114, não se percebendo diferenças significativas entre os três grupos de municípios. Importante ressaltar que a categoria considerada ideal para atender às necessidades prioritárias de atenção à saúde dos usuários (101 a 200 medicamentos) refere-se a apenas 67 municípios (40,4%) que apresentaram a REMUME em seus Planos; verificando-se associação ($\chi^2=5,63$, $p=0,02$) entre a presença de farmacêutico nas atividades de Assistência Farmacêutica e a categoria “101 a 200 medicamentos”.

Não se observou tendência à correlação entre o número de medicamentos nas REMUMEs e a população do município. Entre os municípios que apresentaram

mais de 200 medicamentos em suas Relações Municipais, dois deles possuíam mais de um farmacêutico com atuação na Assistência Farmacêutica, e apenas um tinha mais de 100.000 habitantes.

De todos os municípios estudados, somente em torno de 8,0% declararam a existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Porém, 39,3% indicaram em seus Planos a realização de estudos para a seleção de medicamentos, embora, de maneira geral, não especifiquem as metodologias utilizadas nestes estudos. Não foi verificada associação entre o número de medicamentos na REMUME e a presença de CFT ($\chi^2=1,28$, $p=0,25$) ou a realização de estudos de seleção de medicamentos ($\chi^2=0,88$, $p=0,34$), mas observou-se associação entre a ausência de CFT e a não realização de estudos de seleção de medicamentos ($\chi^2=10,69$, $p=0,001$).

A seleção de medicamentos revelou-se neste estudo também um aspecto de grande variabilidade entre os municípios. O baixo número de municípios que apresentou Comissões de Farmácia e Terapêutica estabelecidas evidencia a necessidade de investimentos no processo de seleção de medicamentos. No presente estudo, metade dos municípios que apresentaram suas REMUMEs nos Planos possuía uma quantidade de medicamentos inferior à considerada ideal para o atendimento das necessidades prioritárias de atenção à saúde dos usuários. Isto leva a deficiências na atenção, e pode, inclusive, desencadear uma maior procura pelo acesso a medicamentos por outros meios, como fornecimento através de demandas administrativas ou judiciais. Messeder, Osório-de-Castro e Luiza (2005) incluíram, entre os fatores responsáveis pela judicialização, a falta de acesso aos medicamentos na atenção básica. De acordo com Marques e Dallari (2007), é responsabilidade da administração pública elaborar políticas e organizar serviços que garantam a Assistência Farmacêutica aos usuários, de forma integral e universal. Por outro lado, a ausência de estudos e processos definidos para a seleção de medicamentos pode resultar em inclusão de grande número de especialidades farmacêuticas, não necessariamente mais adequadas à realidade do serviço, freqüentemente com sobreposição de indicações terapêuticas, muitas vezes pouco custo-efetivas e que, na maior parte das situações, atende prioritariamente às demandas comerciais dos produtos, não se constituindo, portanto, em melhorias na atenção aos usuários do serviço.

Os resultados do presente estudo vêm confirmar a conhecida disparidade em relação à Assistência Farmacêutica entre municípios de diferentes portes. De um lado, municípios de maior população, maior número de farmacêuticos atuando em Assistência Farmacêutica e melhores condições estruturais para uma adequada prestação de serviços farmacêuticos. No outro extremo, municípios de pequeno porte, sem farmacêutico responsável, executando ações de Assistência Farmacêutica de forma pouco estruturada. Estudos conduzidos pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde, que avaliaram estrutura e processo da Assistência Farmacêutica no Brasil, ratificaram a grande variabilidade entre os serviços, tanto no aspecto gerencial quanto de estrutura física de armazenamento de medicamentos (BRASIL, 2005b).

Embora existam avanços políticos para a reorganização da Assistência Farmacêutica em todos os níveis de gestão, os dados desse estudo indicam que ainda há um grande descompasso entre o preconizado e o realizado nos municípios. Há a necessidade de maior comprometimento de todas as esferas de gestão para que as atividades de Assistência Farmacêutica no nível local garantam o acesso a medicamentos e serviços de qualidade, visando o uso racional. Por fim, o processo de planejamento pode contribuir sobremaneira para a definição de prioridades e implementação de mudanças que reflitam em melhorias no processo de atenção à saúde.

2. PLANEJAR É POSSÍVEL? UMA ANÁLISE DE PLANOS MUNICIPAIS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM SANTA CATARINA

Os Planos Municipais de Assistência Farmacêutica (PMAFs) foram analisados em relação aos aspectos formais, a partir do roteiro recebido pelos municípios para sua elaboração, utilizando-se a análise de conteúdo. Além disto, foram discutidas algumas características da AF dos municípios, que foram relacionadas à consistência dos PMAFs. Por fim, foram apresentados os entendimentos de atores envolvidos no processo em relação à AF e ao planejamento, fazendo-se a análise de conteúdo das entrevistas.

Os 293 municípios de Santa Catarina receberam, a partir da Deliberação CIB 60/2005 (SANTA CATARINA, 2005), um Roteiro para Elaboração dos Planos

Municipais de Assistência Farmacêutica (para maiores detalhes ver Anexo 2). Este roteiro continha um breve referencial sobre planejamento, e os itens solicitados para inclusão no PMAF foram:

1. Dados de identificação do município, como Nome do Município, Código IBGE, tipo de gestão de saúde no município, Secretaria de Desenvolvimento Regional a que está vinculado, nome dos membros ou equipe técnica responsável pela elaboração, nome do Secretário Municipal de Saúde, data da elaboração, período de abrangência do Plano (gestão).
2. Princípios, Diretrizes, Compromissos Políticos, Eixos Orientadores e Referencial Adotado.
3. Análise Situacional da Saúde e da Assistência Farmacêutica no Município (Diagnóstico), incluindo: aspectos sócio-econômicos e de infra-estrutura do município, organização dos Serviços de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e de Saúde, percentual da população que utiliza os Serviços de Saúde e de Assistência Farmacêutica no SUS, Recursos Financeiros aplicados à Saúde, Controle Social em Saúde, legislação específica. Para a Assistência Farmacêutica, foram solicitadas informações específicas: responsável técnico, tempo de responsabilidade, formação profissional e qualificação, aspectos relacionados à estrutura organizacional, aos recursos humanos, à seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, controle de estoque e dispensação nas unidades de saúde.
4. Prioridades, Ações, Objetivos e Metas Para o Período.
5. Aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde e Homologação pelo Prefeito.

A data limite estabelecida pela Deliberação CIB n. 060/2005 para o envio dos Planos DIAF/SES/SC foi 06 de dezembro de 2005. Como poucos municípios haviam enviado o Plano dentro do referido prazo, para o presente estudo a data limite foi 06 de julho de 2006 – sete meses, portanto, a partir do prazo estabelecido pela CIB. Assim, 201 municípios enviaram os PMAFs à DIAF/SES/SC até a data estabelecida por este estudo.

A Tabela 3 caracteriza os municípios catarinenses em relação à presença de diagnóstico e ações, metas ou objetivos. Além desses resultados, importante ressaltar que oito municípios (4,0%) apresentaram o Plano Municipal de Saúde ao

invés do PMAF sem, entretanto, fazer referência ao Planejamento específico em Assistência Farmacêutica.

Tabela 3. Caracterização Geral dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.

Critério avaliado	Planos n (%)			
	Sim	Não	Total	
Presença de diagnóstico	197 (98,0%)	4 (2,0%)	201 (100 %)	
Presença de ações, metas ou objetivos	Quadro de metas	Metas descritas	Não apresenta	Total
	107 (53,2%)	30 (14,9%)	64 (31,8%)	201 (100 %)

A partir da compreensão do processo de planejamento como ato de delinear, considerando uma determinada situação, de traçar “as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos” (TANCREDI, BARROS, FERREIRA, 1998, p.13), a existência de grande parte dos PMAFS sem a presença de qualquer ação, meta ou objetivo demonstrou a fragilidade dos documentos construídos pelos municípios catarinenses. O propósito primordial dos Planos – a alteração programada da realidade – fica inviabilizado nos PMAFs que omitem tal componente.

Conforme descrito na Metodologia, foram extraídas informações relacionadas às atividades de Assistência Farmacêutica dos 201 Planos entregues à DIAF. Estas informações foram categorizadas e procedeu-se à Análise Multivariada, com métodos e resultados descritos no capítulo anterior. Esta análise resultou em três agrupamentos de municípios, e de cada um, aleatoriamente, foram elencados seis municípios para análise do processo de planejamento. A Tabela 4 descreve a localização por Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR), faixa populacional e número de farmacêuticos nas atividades de Assistência Farmacêutica nesses municípios selecionados.

Tabela 4. Caracterização de 18 municípios catarinenses em relação à localização por Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR), faixa populacional e número de farmacêuticos em atividades de Assistência Farmacêutica, 2006.

MUNICÍPIO	SDR	Faixa populacional	Farmacêuticos em atividades de Assistência Farmacêutica
1	13 – Ituporanga	Até 9999 habitantes	0
2	17 – Itajaí	Mais de 50.000 habitantes	3
3	17 – Itajaí	De 10.0000 a 49.999	1
4	15 – Blumenau	Mais de 50.000 habitantes	14
5	10 – Caçador	Até 9999 habitantes	0
6	03 – São Lourenço do Oeste	Até 9999 habitantes	1
7	01 – São Miguel do Oeste	Até 9999 habitantes	0
8	06 – Concórdia	Até 9999 habitantes	1
9	03 – São Lourenço do Oeste	Até 9999 habitantes	1
10	24 – Jaraguá do Sul	Mais de 50.000 habitantes	3
11	23 – Joinville	Mais de 50.000 habitantes	15
12	10 – Caçador	Até 9999 habitantes	0
13	25 – Mafra	Mais de 50.000 habitantes	2
14	18 – Grande Florianópolis	Mais de 50.000 habitantes	2
15	22 – Araranguá	Até 9999 habitantes	0
16	22 – Araranguá	Até 9999 habitantes	0
17	01 – São Miguel do Oeste	Até 9999 habitantes	NI*
18	09 – Videira	De 10.000 a 49.999	1

*NI = não informado

2.1. Os momentos do Planejamento Estratégico Situacional

Os dezoito municípios foram analisados, a partir do conteúdo dos respectivos PMAFs, em relação aos momentos do planejamento, descritos por Carlos Matus (1993): explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Na Tabela 5 estão descritos os momentos em cada Plano Municipal, sendo que nesta tabela os momentos normativo e estratégico foram categorizados, por envolver nos mesmos uma grande variedade de ações para um determinado tema⁵, o que dificultaria o entendimento. Pretendeu-se, através do estudo dos momentos do planejamento, aprofundar a discussão em relação à capacidade dos municípios na confecção e utilização dos PMAFs.

Tabela 5. Momentos do processo de planejamento nos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.

MUNICÍPIO	MOMENTO EXPLICATIVO	MOMENTO NORMATIVO	MOMENTO ESTRATÉGICO	MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL
1	AUSENTE	Ações relacionadas à REMUME Ações relativas à estrutura física Desenvolvimento de projetos específicos	Sensibilização de prescritores	AUSENTE
2	Necessidade de espaço físico próprio	Revisão ou definição da estrutura organizacional Ações relativas à estrutura física Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Desenvolvimento de projetos específicos	AUSENTE	AUSENTE
3	AUSENTE	Revisão ou definição da estrutura organizacional Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Ações relativas à otimização de processos	AUSENTE	AUSENTE

⁵ Por exemplo, citações como “Elaboração da REMUME”, “Reformulação da listagem de compras”, “Atualização da lista de medicamentos”, “Divulgação da REMUME”, entre outros, foram categorizadas como “Ações relacionadas à REMUME”.

MUNICÍPIO	MOMENTO EXPLICATIVO	MOMENTO NORMATIVO	MOMENTO ESTRATÉGICO	MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL
4	Define principais problemas e desafios: - institucionais - gestão de RH - estruturais - AF	Ações relacionadas à REMUME Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Ações relativas à otimização de processos Ações relativas à estrutura física Revisão ou definição da estrutura organizacional	Sensibilização dos prescritores	AUSENTE
5	AUSENTE	Ações relacionadas à REMUME	Sensibilização dos prescritores	AUSENTE
6	Número de profissionais não é suficiente	Desenvolvimento de projetos específicos Ações relacionadas à REMUME Ações relativas à otimização de processos Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos	AUSENTE	AUSENTE
7	Limitação no número de profissionais	Desenvolvimento de projetos específicos Ações relativas à estrutura física Revisão ou definição da estrutura organizacional Ações relativas à otimização de processos Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Ações relacionadas à REMUME	Composição de equipe para as ações de AF Sensibilização dos prescritores	Revisão do quadro de metas Supervisão constante das ações e serviços
8	AUSENTE	Desenvolvimento de projetos específicos Ações relacionadas à REMUME	Sensibilização dos prescritores	AUSENTE
9	AUSENTE	Ações relacionadas à REMUME	Sensibilização dos prescritores	Supervisão e fiscalização das ações e serviços

MUNICÍPIO	MOMENTO EXPLICATIVO	MOMENTO NORMATIVO	MOMENTO ESTRATÉGICO	MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL
10	Inexistência de um protocolo de utilização e prescrição de medicamentos básicos; Necessidade de melhor controle de estoque e dispensação nas Unidades Básicas de Saúde; Necessidade de adequação de espaço físico e profissionais na rede de dispensação; Necessidade de criação de uma comissão de licitação e parecer técnico.	Revisão ou definição da estrutura organizacional Ações relativas à otimização de processos	Sensibilização dos prescritores	AUSENTE
11	Número de profissionais é insuficiente	Ações relativas à estrutura física Ações relativas à otimização de processos Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Ações relacionadas à REMUME	AUSENTE	Revisão anual do Plano
12	Necessidade de discussão sobre os mandados judiciais Necessidade de implantação de sistema informatizado para controle do estoque	Desenvolvimento de projetos específicos Ações relativas à estrutura física Revisão ou definição da estrutura organizacional Ações relativas à otimização de processos Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Ações relacionadas à REMUME	Sensibilização de prescritores	AUSENTE
13	AUSENTE	Revisão ou definição da estrutura organizacional Ações relativas à otimização de processos Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Ações relacionadas à REMUME	AUSENTE	Definição de responsabilidades e prazos

MUNICÍPIO	MOMENTO EXPLICATIVO	MOMENTO NORMATIVO	MOMENTO ESTRATÉGICO	MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL
14	Necessidade de mais profissionais para beneficiar a área de planejamento, conscientização da população quanto ao Uso Racional de Medicamentos, Interações Medicamentosas etc.	Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Revisão ou definição da estrutura organizacional	AUSENTE	AUSENTE
15	AUSENTE	Ações relativas à estrutura física Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Ações relacionadas à REMUME	Sensibilização de prescritores	AUSENTE
16	AUSENTE	Ações relativas à estrutura física Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Ações relacionadas à REMUME	Sensibilização de prescritores	AUSENTE
17	AUSENTE	Revisão ou definição da estrutura organizacional Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Ações relacionadas à REMUME	AUSENTE	Revisão contínua do Plano
18	Necessidade de contratar mais um profissional farmacêutico.	Desenvolvimento de projetos específicos Ações relativas à estrutura física Ações relativas à otimização de processos Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos Ações relacionadas à REMUME	AUSENTE	Implantar mecanismos de avaliação do PMAF Avaliar o PMAF anualmente Reformular, a qualquer tempo, o PMAF

O primeiro momento descrito por Carlos Matus (1993) no Planejamento Estratégico Situacional é o momento explicativo, no qual se pretende caracterizar a situação atual e demonstrar nesta caracterização quais problemas devem ser enfrentados, quais situações demandam novas ações para a modificação do estado atual. Pôde-se constatar que o momento explicativo esteve ausente em 50% dos

Planos. Mais do que isto, observou-se o quão incipiente foi a definição de problemas por parte dos planejadores municipais: na imensa maioria dos Planos foram listadas algumas dificuldades na esfera municipal, sem que houvesse uma efetiva “explicação do problema”, isto é, a quantificação e a busca da origem deste problema. Importante ressaltar que a expressão “nó crítico”, amplamente reconhecida e utilizada no processo de planejamento, foi observada apenas em um dos dezoito Planos estudados, referente ao município 10.

Para Soto (2003), o trabalho de explicitar e explicar os problemas reorganiza o entendimento das questões, integra os diversos pontos de vista, traduz as tendências em planos de ação concretos e potencializa a experiência prática e as oportunidades de melhoria.

O segundo momento do planejamento – o normativo – foi o que apresentou maior volume nos Planos analisados, sendo descrito em todos os Planos. Após a categorização, as atividades citadas assim se organizaram:

- Ações relacionadas à REMUME: 14 municípios (77,8%), sendo as atividades mais citadas a revisão/reformulação/atualização da REMUME, além da divulgação da relação aos prescritores.
- Contratação e/ou qualificação de Recursos humanos: 13 municípios (72,2%), que citaram majoritariamente a contratação de profissionais farmacêuticos.
- Ações relativas à estrutura física: 09 municípios (50,0%), que referiram principalmente a informatização e reforma de almoxarifados.
- Ações relativas à otimização de processos: em 09 municípios (50,0%) foram citadas a construção de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e/ou rotinas para as atividades do Ciclo de Assistência Farmacêutica.
- Revisão ou definição da estrutura organizacional: 09 municípios (50,0%), sendo que a inclusão da Assistência Farmacêutica no organograma das Secretarias Municipais de Saúde foi a ação mais citada nesta categoria.
- Desenvolvimento de projetos específicos: 07 municípios (38,9%), destacando-se entre as atividades citadas a implementação de programas de acompanhamento de pacientes diabéticos, implantação de farmácia hospitalar e constituição de comissão para análise de processos judiciais.

Em grande parte dos municípios, apesar da etapa explicativa, as atividades descritas no momento normativo não se relacionaram aos problemas e dificuldades

identificadas, exceto para o município 10, que conseguiu definir os nós críticos e, a partir destes, definir as ações a serem executadas.

O momento estratégico esteve representado em 10 (55,6%) dos Planos e, de maneira geral, restringiu-se à sensibilização de prescritores para a prescrição dos medicamentos constantes da REMUME e sobre discussão de políticas para a Assistência Farmacêutica.

O momento tático-operacional mostrou-se ausente em 12 (66,7%) dos Planos. Nos que apresentaram, incluiu-se a revisão contínua e/ou permanente do Plano e a supervisão das ações e serviços em AF. Apenas o município 4 definiu, de forma bastante clara, os responsáveis e os prazos para a execução das ações.

Estudo realizado por Mottin (1999) analisou a elaboração de Planos Municipais de Saúde em municípios do Rio Grande do Sul. Pela comparação dos Planos ao referencial teórico do Planejamento Estratégico Situacional, a autora afirma que os problemas relacionados aos Planos analisados evidenciaram que estes resultam da baixa capacidade de governo para sua elaboração, não constituindo projetos de governo potentes e de qualidade.

Tonini (2005), em análise dos quatro momentos do planejamento de Matus (1993) em Planos de Saúde Mental, apresentou resultados semelhantes aos do presente estudo. De acordo com a autora, há maior volume no momento normativo, o que caracteriza o planejamento tradicional, sem capacidade para lidar com a complexidade da realidade social, por ter sido concebido a partir de princípios deterministas, sem flexibilidade para surpresas ou incertezas.

2.2. As atividades de Assistência Farmacêutica nos municípios estudados

Os dezoito municípios também foram analisados em relação às atividades de Assistência Farmacêutica desenvolvidas. Neste momento, considerou-se necessário conhecer o grau de desempenho dos municípios estudados, pois percebeu-se maior complexidade nos Planos dos maiores municípios, dos quais se esperava melhor desempenho nas atividades e Assistência Farmacêutica.

Assim, cada componente da Assistência Farmacêutica foi comparado com a literatura de referência (BRASIL, 2006c; MARIN et al., 2003) e admitiu-se um escore de 0 a 5, sendo 0 para os municípios que executaram a atividade de modo não

recomendado pela literatura específica, aumentando-se gradualmente o escore à medida que a execução da atividade aproximava-se da ideal, chegando a 5 para os que, de acordo com as informações dos Planos, executavam as atividades de Assistência Farmacêutica de acordo com o preconizado na literatura. Na Tabela 6 estão descritas as pontuações em cada componente.

Tabela 6. Desempenho dos municípios em relação à estrutura e atividades de Assistência Farmacêutica, a partir dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, Santa Catarina, 2006.

MUNICÍPIO	Estrutura Organizacional	Recursos Humanos	Seleção	Programação	Aquisição	Armazenamento	Distribuição	Dispensação	Escore total	Posição
1	1	0	2	3	4	4	2	2	18	15º
2	1	4	4	4	5	5	5	5	33	3º
3	1	3	4	3	3	4	4	2	24	6º
4	5	5	5	5	5	4	4	4	37	1º
5	2	1	4	4	3	3	1	2	20	11º
6	1	1	4	4	3	4	2	3	22	10º
7	1	2	1	2	4	3	3	2	18	16º
8	2	4	1	3	3	3	4	4	24	7º
9	2	3	4	3	3	3	1	1	20	12º
10	5	4	4	4	3	3	4	3	30	4º
11	5	4	4	5	5	4	4	4	35	2º
12	2	1	3	4	4	3	1	2	20	13º
13	3	4	3	3	1	2	2	2	20	14º
14	1	3	2	1	5	4	3	4	23	9º
15	1	1	3	4	1	3	2	2	17	17º
16	1	1	3	4	1	3	2	2	17	18º
17	1	4	3	3	3	3	4	4	25	5º
18	1	3	1	4	3	4	4	4	24	8º

Os itens que receberam as piores pontuações, no cômputo geral, foram “Estrutura Organizacional” e “Recursos Humanos”. No primeiro item, verificou-se que

a maioria dos municípios não apresentou a Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – para alguns deles, sequer há organograma na SMS. Apenas três dos 18 municípios relataram a presença da Assistência Farmacêutica na estrutura organizacional da SMS.

Para o quesito Recursos Humanos, o formulário de diagnóstico solicitou informações a respeito do responsável pela Assistência Farmacêutica, sua formação e qualificação profissional e o tempo de atuação na área; o número de farmacêuticos nas atividades de AF (no nível central e local), outros profissionais que atuam em AF e sua qualificação; da suficiência do número de profissionais e, caso insuficiente, foi solicitado o relato das áreas deficientes. Neste contexto, um município recebeu a pontuação máxima, ao informar 14 farmacêuticos na Rede Municipal de Saúde, sem a necessidade de contratação de novos profissionais. No outro extremo, um município recebeu pontuação zero ao informar a ausência de profissional farmacêutico e afirmar que não há necessidade de contratação deste profissional, por tratar-se de um município de pequeno porte. A grande maioria dos municípios recebeu pontuação intermediária: uns sem farmacêutico, afirmando a necessidade de contratação deste profissional; outros com farmacêuticos em turnos parcial ou integral, afirmando a necessidade de aumento de carga horária ou contratação de novos profissionais.

O baixo número de profissionais farmacêuticos presentes nos municípios também foi relatado em alguns estudos, como os de Naves e Silver (2005) e Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006). Para os últimos, a baixa participação do profissional farmacêutico no sistema público de saúde reflete a ausência de uma política de Assistência Farmacêutica como parte integrante do conjunto de ações do SUS. A ausência do profissional farmacêutico predominou nos municípios pequenos que, para Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006), justificam não manter este profissional em seu quadro funcional por possuírem recursos insuficientes em seus orçamentos.

2.3. O processo de elaboração do Plano

Quatro municípios foram elencados para a análise do processo de elaboração do PMAF: o que recebeu maior escore (posição 1/município 4), os dois que

receberam o menor escore (posições 17/município 15 e 18/município 16, pois houve empate) e o município que se posicionou no meio da lista dos municípios (posição 9/município 14). Os municípios foram contatados e localizou-se o responsável ou um dos integrantes da equipe responsável pela elaboração do PMAF. Nenhum dos contatados se recusou a conceder a entrevista.

Foram entrevistados, conforme roteiro no Apêndice A, quatro profissionais envolvidos na elaboração dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, todos do sexo feminino: uma auxiliar administrativa, uma Secretária Municipal de Saúde e duas farmacêuticas responsáveis pelas atividades de Assistência Farmacêutica (uma delas Gerente de Assistência Farmacêutica, a outra Diretora de Medicamentos). Uma das entrevistadas estava, na época da entrevista, trabalhando em outro setor da Prefeitura Municipal, não vinculado à Secretaria Municipal de Saúde; ela foi localizada a partir de informantes na SMS.

Em todos os relatos dos entrevistados, ficou evidente a expressão de dificuldades e insatisfações. Porém, os temas aos quais as dificuldades se relacionaram foram diferentes nas entrevistas. Nos municípios 14, 15 e 16, as dificuldades citadas ficaram restritas ao pouco tempo disponível para a confecção do Plano. A entrevistada do município 4, além destas, revelou muitas dificuldades e entraves durante o processo de planejamento. Neste estudo, optou-se por não eleger “dificuldades” como uma categoria, já que estas permearam todas as categorias apontadas.

No estudo de Mottin (1999), dos 35 municípios que foram questionados sobre dificuldades encontradas no processo de elaboração dos Planos, apenas dois deles não relataram dificuldades. Assim como no presente estudo, Mottin afirma que esta aparente ausência de dificuldades localiza-se em municípios de menor porte populacional, nos quais “em função das limitações de quadros técnicos e recursos organizativos encontrados normalmente em pequenos municípios, pode existir menor consciência dos tipos de dificuldades a que estão expostos e que são relativas às exigências de elaboração de um plano” (p. 81).

2.3.1. Conceito de Assistência Farmacêutica

O conceito de Assistência Farmacêutica mostrou-se heterogêneo e diverso entre os entrevistados. A Assistência Farmacêutica foi referida, em grande parte das entrevistas, apenas pelas atividades do chamado ciclo curto (ARAUJO, FREITAS, 2006) ou relacionadas à tecnologia de gestão do medicamento (ARAUJO et al., 2008). Nesta concepção, a Assistência Farmacêutica restringe-se à compra-guarda-distribuição dos medicamentos, ignorando-se os aspectos políticos, estratégicos e voltados ao usuário. Isto pode ser constatado ao se relatar o planejamento em Assistência Farmacêutica:

“Então no Plano da assistência farmacêutica básica a gente deixava bem claro, os medicamentos que os governos a nível federal, estadual e municipal, eram tipo, não obrigados, mas teriam que fornecer na farmácia do município né, aqueles medicamentos teria que ter” (Município 16).

“Daí foi a pedido do Estado mesmo, né, porque tinha muitos municípios que recebiam muita medicação que até ficava vencido, então fizeram isso [a exigência da entrega do Plano] pra ter um controle do que eles estavam mandando pros municípios, se era o que o município tava precisando” (Município 16).

Estudo realizado por Araújo e Freitas (2006) com farmacêuticos de unidades básicas de saúde demonstrou predominância do entendimento das atividades de AF como as unicamente ligadas à disponibilidade e entrega do medicamento, refletindo as representações dos farmacêuticos sobre o seu próprio processo de trabalho rotineiro na unidade de saúde.

O conceito de Assistência Farmacêutica confundiu-se, ainda, com o de Atenção Farmacêutica:

“Assistência farmacêutica dá um atendimento melhor, diferenciado, através de um profissional farmacêutico, acho que basicamente isso. Um atendimento diferenciado, uma assistência melhor né, olhando o paciente ao todo, assim.” (Município 14)

Atenção Farmacêutica é definida, de acordo com a proposta de consenso (OPAS/OMS, 2002, p.19), como

“modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de

forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde”.

Dentro deste novo contexto da prática farmacêutica, no qual a preocupação com o bem estar do paciente passa a ser a viga mestra das ações, o farmacêutico assume papel fundamental, somando seus esforços aos dos outros profissionais de saúde e aos da comunidade para a promoção da saúde (VIEIRA, 2007). Desde a proposta de consenso, explicita-se o entendimento da Atenção Farmacêutica como modelo de prática desenvolvido no contexto da Assistência Farmacêutica, sendo que Assistência e Atenção Farmacêutica são conceitos distintos. Este último refere-se a atividades específicas do Farmacêutico no âmbito da atenção à saúde, enquanto o primeiro envolve um conjunto mais amplo de ações, com envolvimento multiprofissional (OPAS/OMS, 2002).

Apenas uma entrevistada referiu a intersecção das atividades de Assistência Farmacêutica com outras ações de saúde, ao dizer que

“não existe assistência farmacêutica isolada, sabe, a Assistência Farmacêutica tá inserida em todas as ações, em tudo” (Município 4).

Esta mesma entrevistada relata que sua concepção de Assistência Farmacêutica como atividade intersectorial não é hegemônica dentro da Secretaria Municipal de Saúde. A falta de reconhecimento das atividades de AF é observada quando conta que

“Teve uma reunião interna de planejamento estratégico, não tinha nenhuma ação da Assistência Farmacêutica, era como se nós não existíssemos” (Município 4).

2.3.2. Equipe de trabalho

A entrevistada do Município 4 conta sua tentativa de integrar outros setores da SMS na elaboração do PMAF:

“Na elaboração nós convidamos outros setores pra participar, diretoria de administração, gerência de RH, fundo municipal de

saúde, mas não houve sucesso.”; “foi muito complicado a gente conseguir as informações, dados epidemiológicos, porque a gente teve que ir atrás do plano municipal de saúde, os setores não colaboraram de passar as informações” (Município 4).

Indica ainda dificuldades dentro do próprio setor de AF: *“tinha resistência dos farmacêuticos antigos”* (Município 4).

Para outro município, a participação de outros setores da SMS se deu de forma harmônica, com participação importante da responsável pelo planejamento da SMS:

“Então, foi assim, ela sabia como elaborar ele né, ali certinho o que que precisava, eu com a parte técnica, conhecendo assim a necessidade, e o secretário também né, olhando e vendo também pra ele né, como gestor da saúde no município... Ali, acho que esse conjunto dos três foi bem importante.” (Município 14)

A existência de suporte técnico nas SMS pode ser considerada, a princípio, como um facilitador na elaboração do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica, já que profissionais com preparo técnico específico em planejamento podem contribuir com a redução nas dificuldades encontradas, como afirma Mottin (1999).

Nos municípios analisados, com exceção do município 4, o PMAF foi elaborado por um pequeno número de pessoas. Para Matus, é imprescindível sensibilizar e capacitar os atores envolvidos no processo, especialmente os que exercem funções gerenciais, já que, nos serviços de saúde depende-se, em grande medida, desses profissionais para obtenção de bons resultados (ARTMAN, AZEVEDO, SÁ, 1997). Desta forma, aumenta-se a capacidade de governo, conceituada por Matus (1993) como um dos vértices do “Triângulo de Governo”. Neste conceito, a capacidade de governo, o projeto de governo e a governabilidade sobre o sistema condicionam-se mutuamente: quanto maior a capacidade de governar, maior a governabilidade sobre o sistema e maior a possibilidade de implementação do projeto de governo.

Desta forma, a falta de envolvimento e comprometimento dos serviços de saúde municipais no Planejamento em Assistência Farmacêutica mostrou ser mais uma das fragilidades do processo. Como da elaboração do plano não participaram muitos atores envolvidos no processo de gestão e assistência da AF, há o risco do PMAF ser “engavetado” ou simplesmente ignorado pelos serviços municipais.

2.3.3. Terceirização da elaboração do PMAF

Os Municípios 15 e 16 optaram pela terceirização do planejamento em Assistência Farmacêutica. Nestes dois casos, a elaboração do Plano foi realizada por uma empresa de consultoria, que ofereceu o serviço a todos os municípios de uma das SDR, de acordo com informações de uma das entrevistadas. Estas, em nenhum momento, tentaram omitir ou se mostraram constrangidas pela terceirização, uma delas assumindo o fato ao telefone no primeiro contato para o agendamento da entrevista. Ambas afirmaram que o Plano seria construído independente da terceirização, mas que as gestões optaram por terceirizar o processo basicamente para facilitá-lo, o que pode estar refletindo falta de comprometimento com o processo de planejamento.

“Porque na secretaria de saúde é bastante serviço, digamos assim. Tipo, aqui, é uma menina só que, tipo, era eu, agora é outra, e a outra menina aqui, então é muita coisa pra uma pessoa só, então tipo, eles ficam com a parte burocrática e a gente fica mais atendendo o pessoal, aí pra nós que trabalhamos ali facilita bastante, né.” (Município 16)

A função de planejador do gestor municipal de saúde foi substituída pelo papel assistencialista que este personagem tem executado em muitos municípios de pequeno porte populacional, conforme relatou uma das entrevistadas:

“os municípios grandes eu penso que não, mas Secretário Municipal de Saúde de interior ele atende o paciente na sala dele, e diferente né.” (Município 15)

Nesse contexto, os municípios preferiram delegar a função de planejar – ou, neste caso, de elaborar o Plano – a outros atores:

“Ele já é baseado nos outros, daí só vai mudando, porque tipo, tu tem os dados na secretaria, tu passa pra eles, eles montam, trazem de volta o plano montado aí tu vê se é do teu agrado, se o que eles colocaram ali é certo ou não...” (Município 16)

Para estes representantes, o processo de planejamento limitou-se a elaborar um documento que deveria ser encaminhado ao Estado. Portanto, nesses dois municípios o processo de planejamento como tal, com a descrição dos problemas, estabelecimento de metas e objetivos, não aconteceu. Como foi afirmado pelas entrevistadas, a empresa terceirizada coletou algumas informações do município e

com estas construiu um documento que cumprisse as exigências legais, sem, no entanto, cumprir os objetivos do planejamento.

Considerando-se o processo de planejamento como um conjunto de princípios metodológicos e técnicas de grupo que demandam um objetivo, que perseguem uma mudança situacional futura (DE TONI, 2004), assume-se que nos municípios que optaram pela terceirização a alteração da condição atual e a possibilidade de melhoria na organização e atividades de Assistência Farmacêutica deixam de ser respaldadas pelo processo de planejamento.

2.3.4. Processo de planejamento em Assistência Farmacêutica

O desconhecimento do processo de planejamento mostrou-se bastante evidente quando as entrevistadas dos municípios 14, 15 e 16, ao serem questionadas sobre como se deu o processo de planejamento e a construção dos Planos, relataram o preenchimento dos formulários encaminhados pelo Estado, e, novamente, trouxeram o conceito de Assistência Farmacêutica enquanto ciclo logístico de fornecimento de medicamentos:

“Quando você monta um plano você põe um número x de itens, até porque quando nós vamos fazer, (...) eu converso muito com os médicos, fazem uma listagem básica, o que nos poderíamos ampliar, o que que nós podemos tirar, (...) então a gente procura entrar dentro daquele contexto de ser bom para o paciente né, (...), você vai se atualizando, e é bom porque você tem uma base né, pra poder dar continuidade...” (Município 15)

“Mas eu acho que ele foi muito importante, aliás, eu acho que essa área de assistência farmacêutica é imprescindível, sabe? Que tem que ser mesmo, porque assim, geralmente quando é órgão público não se dá muito valor à assistência farmacêutica, esse contato do paciente com o profissional farmacêutico, quando há ainda profissional né, então eu acho que isso aí foi muito legal, veio assim em uma boa hora.” (Município 14)

Apenas na entrevista da informante do município 4 ficou explícita a motivação ao construir o PMAF, que relatou interesse em aprimorar a situação da AF no município. Para Soto (2003), esta motivação origina-se no real reconhecimento das situações insatisfatórias que envolvem insegurança e incerteza e para as quais é

necessário somar esforços e coordenar impaciências. Ainda segundo a autora, “a motivação também pode vir da convicção de que é possível encontrar, pela reflexão e pela arte de atuar em conjunto, uma visão satisfatória e responsável, passível de ser traduzida em ações” (p.199).

2.3.5. Monitoramento do PMAF

O monitoramento do PMAF foi citado por apenas uma entrevistada:

“E pra nós assim ó, claro que foi experiência tudo, as propostas que a gente colocou naquele plano, volta e meia a gente volta pra ver se a gente tá conseguindo direcionar para aquele caminho, porque tem que ter um plano e tem que ter um monitoramento, não adianta eu fazer um plano e não olhar mais né, e eu vejo que muitas coisas ali a gente faria diferente sabe, faria diferente.” (Município 4)

Esta mesma entrevistada citou o momento em que foi efetuada uma reunião interna para a revisão das metas do PMAF, ilustrando que algumas das metas haviam sido atingidas, outras apenas parcialmente, enquanto outras ações ainda não haviam sido executadas.

Uma das informantes não conseguiu, durante a entrevista, recordar-se de nenhuma ação prevista no PMAF denotando, desta maneira, que não há monitoramento das ações e resultados do planejamento neste município (Município 14). Outro município (15) relatou que todas as ações elencadas no PMAF já foram executadas integralmente, exceto a informatização, que estava em vias de concretizar-se. No município 16 não foi possível obter esta informação, já que a entrevistada não é mais funcionária da SMS.

Para Soto (2003), a qualidade do planejamento não se origina da execução de um plano pontual e isolado, e sim no grau de responsabilidade e coordenação constante com que a organização seleciona, atribui e monitora um conjunto integrado de realizações.

2.3.6. Resultados do PMAF

Novamente, os resultados do PMAF – entendidos aqui não somente como a capacidade do município em atingir a meta, mas também todas as repercussões do processo de planejamento nas ações de Assistência Farmacêutica – refletem o conceito de AF dos entrevistados.

“Mas desde que foi aprovado e depois tudo, um tempinho depois de ter sido feito ocorreu tudo certo. O estado manda sempre, até que eu tava ali né, todo mês a gente recebia do estado, medicamento que a gente precisava mesmo, eu lembro que há um tempo atrás eles mandavam bastante salbutamol, e a gente tinha até vencendo então a gente fazia troca.” (Município 16)

“Esse plano é tipo assim um documento que tu tens pra buscar recurso.” (Município 16)

As entrevistadas dos municípios 15 e 16 revelaram, ainda, que o principal motivo para a elaboração do Plano era a vinculação da entrega do mesmo com a continuidade do recebimento dos recursos financeiros.

Para a entrevistada do município 4, apesar de outros instrumentos de gestão terem maior visibilidade e impacto no município (conforme será explicitado no item 5.3.7), a elaboração do PMAF contribuiu para a consolidação dos objetivos de trabalho da equipe de AF:

“O que ajudou é que assim o, o que a gente colocou naquele plano que tava dentro do, que era consonante ou que a gente fez com os nossos planejamentos estratégicos tá seguindo a direção(...), mesmo com toda inexperiência que a gente teve e com todas as dificuldades, com todo o atropelamento de prazos e de tudo, a gente consegue ver que a gente tem um horizonte, sabe...”

2.3.7. Controle social e o PMAF

A categoria Controle Social apareceu espontaneamente em três entrevistas. Uma das entrevistadas ilustrou o Conselho Municipal de Saúde como *“a coisa mais forte que tem dentro do município”* (Município 16). Para os outros municípios, algumas fragilidades foram demonstradas, como por exemplo, a falta de discussão do PMAF nas reuniões do Conselho, o qual alegou-se que o tempo para a entrega do Plano foi muito curto, inviabilizando maiores reflexões nos Conselhos em relação aos PMAFS:

“A gente procurou reunir todos os conselheiros do conselho, (...) aí foi exposto né, dizendo que a partir dessa data teria que ter sido aprovado o plano, (...) e eles aprovaram porque aqui geralmente eles aprovam, o que é pro bem eles aprovam.” (Município 15)

“a gente apresentou o plano [para o Conselho Municipal de Saúde] mas eles queriam discutir mais né, e aí teve um conselheiro que falou que, como eles conheciam o nosso trabalho, sabiam da seriedade com que a gente vinha desenvolvendo as atividades eles iam aprovar mesmo sem ler o plano na íntegra, (...) passou, aprovou e ficou.” (Município 4)

Um dos municípios, cerca de dois anos antes da execução do PMAF, havia realizado uma Conferência Municipal de Assistência Farmacêutica. A entrevistada relatou a diferença no impacto para o Conselho Municipal de Saúde e para os gestores entre as duas ações:

“Esse plano não foi levado muito a sério, não tem a seriedade que ele deveria ter, assim... Os gestores não vêem esse plano com a seriedade que ele merece, pra ter a facilidade de estar executando seja o meu planejamento informal ou seja o plano, o que tá levando em consideração é a Conferência (...), que legitimou bem mais” (Município 4).

“O Conselho não cita isso que está no plano de assistência farmacêutica, porque pra eles esse plano e nada é a mesma coisa, tá, isso tem que ficar bem claro.” (Município 4).

Labra (2005), em análise do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2003, relata avanços significativos na atuação dos Conselhos de Saúde. Apesar disto, enfrentam ainda obstáculos importantes, dentre os quais o não exercício do caráter deliberativo desta instituição na maior parte dos municípios. A autora traz ainda o relato de que, usualmente, Planos de Saúde, Orçamentos e Relatórios de Gestão são aprovados pelos Conselhos de Saúde sem que se aprofundem as discussões e debates sobre estes documentos. Desta forma, “os conselheiros não têm papel relevante na discussão, convertendo-se em um mero ritual a aprovação dessas importantes peças de gestão” (LABRA, 2005, p. 372)

Passos, Tramontano e Souza (2005) entrevistaram Conselheiros Municipais de Saúde representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde em regiões metropolitanas do Rio de Janeiro. Resultados preliminares demonstraram que, apesar de 91% dos entrevistados considerarem o medicamento um insumo

importante para os serviços de saúde, 75% relataram desconhecimento de aspectos legais da Assistência Farmacêutica avaliados. Desta forma, muitos dos conselheiros, especificamente os representantes dos usuários, necessitavam ser instrumentalizados no que diz respeito à Assistência Farmacêutica no nível municipal, para que fosse possível garantir os meios de construção participativos, pressupostos do Controle Social.

Assim, o presente capítulo analisou os Planos e o processo de planejamento em municípios catarinenses, a partir de duas metodologias: a análise documental dos PMAFS e a análise de conteúdo das entrevistas com atores do processo de planejamento municipal, utilizando-se como referencial o Planejamento Estratégico Situacional.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica de municípios catarinenses, o presente trabalho caracterizou a Assistência Farmacêutica nestes municípios e discutiu a elaboração dos Planos e os entendimentos do processo de planejamento a partir do referencial do Planejamento Estratégico Situacional.

Como principal limitação do presente estudo, situa-se o fato de grande parte da pesquisa ter sido realizada com dados secundários, prejudicando desta maneira a confiabilidade dos mesmos. Outra limitação foi a impossibilidade de analisar a totalidade dos municípios, visto que 68,6% dos mesmos (201 de 293 municípios) entregaram os PMAFs no prazo definido por este trabalho. Porém, o grande volume de informações trazido por estes Planos levaram ao desenvolvimento de um percurso metodológico complexo para que se atingissem os objetivos propostos neste estudo.

Os resultados das análises efetuadas neste trabalho apontam numa mesma direção: a disparidade, tanto em relação à estrutura da Assistência Farmacêutica quanto ao Planejamento em Assistência Farmacêutica.

Em relação à estrutura da Assistência Farmacêutica, o estudo revelou faces opostas: municípios de grande população e grande número de farmacêuticos ao lado de municípios de pequeno porte, sem farmacêutico responsável. Esta situação teve reflexo direto na execução das ações de Assistência Farmacêutica, em que alguns municípios evidenciaram deficiências importantes, podendo comprometer a assistência prestada à população.

O processo de planejamento, ou de construção dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, seguiu a mesma diferenciação. Dois blocos de planos puderam ser formados: um mais volumoso, com documentos que atendem aos requisitos legais, mas que dificilmente cumprirão os propósitos do planejamento. No outro extremo, alguns – poucos - municípios utilizaram-se da necessidade de construir um Plano de Assistência Farmacêutica para efetivamente deflagrar um processo de planejamento que, espera-se, consiga modificar a situação da Assistência Farmacêutica.

Pôde-se perceber, nos Planos analisados, que o raciocínio preconizado pelo PES não foi, de maneira geral, utilizado para sua elaboração. O diagnóstico

mostrou-se genérico e insuficiente, o que contribuiu para uma relação imprecisa de intervenções, que não necessariamente relacionaram-se aos problemas apresentados. De modo geral, essa situação independeu da presença ou não de farmacêuticos nas atividades de AF, observando-se ainda o extremo da terceirização da confecção dos Planos. Embora não se tenha encontrado relatos na literatura sobre outros municípios e serviços que tenham optado pela terceirização da elaboração de Planos, crê-se que este não seja um fenômeno isolado, podendo se repetir em outras organizações. Este fato demanda maiores investigações e análises, para que se possa intervir de maneira a permitir um processo efetivo de planejamento, trazendo resultados concretos às organizações.

A análise dos Planos e do seu processo de elaboração permitiu definir duas atividades distintas: o “Planejamento em Assistência Farmacêutica” e a “Elaboração do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica”. Apesar da literatura preconizar o Plano como resultado de um processo de planejamento, a realidade demonstrada na maioria dos municípios estudados revelou que são atividades distintas. Nestes municípios, optou-se por “elaborar o Plano”, ou seja, elaborar um documento a partir de uma exigência legal, sem que necessariamente este seja um documento de intenções, ou que haja o propósito de que as ações nele estabelecidas sejam cumpridas.

O curto tempo entre as publicações legais que exigiram a preparação dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica e a entrega destes – relatada pelos municípios como a principal dificuldade na elaboração dos mesmos –, aliado à falta de preparo técnico dos municípios para executar o planejamento em Assistência Farmacêutica, resultaram na entrega de documentos superficiais e, *a priori*, com pouca capacidade de auxiliar em alterações situacionais na Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses.

O fato de poucos municípios terem entregado os Planos até a data preconizada pela legislação específica e, sete meses depois, menos de 70% dos municípios terem enviado os mesmos, coloca em risco um dos propósitos desta legislação, que objetivava incentivar o planejamento em Assistência Farmacêutica nos níveis locais e municipais, para que estes resultados fossem incorporados ao planejamento estadual e federal.

Uma iniciativa posterior à coleta de dados para o presente estudo foi o projeto “Planejar é Preciso”, que visou à elaboração de uma proposta de método para o

apoio dos gestores estaduais e municipais na realização do planejamento em Assistência Farmacêutica. Certamente, o método proposto tem potencial contribuição para o processo de planejamento, mesmo com a falta de qualificação técnica específica encontrada em grande parte dos municípios catarinenses. Porém, este estudo não avaliou a repercussão desta proposta, não permitindo inferências sobre o impacto gerado.

Assim, espera-se que estratégias governamentais sejam traçadas para diminuir a grande disparidade entre os municípios, contribuindo para uma melhor organização da Assistência Farmacêutica e equidade nas ações executadas aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Com a nova regulamentação da Assistência Farmacêutica pela Portaria n. 3237/2007, ampliam-se os recursos destinados a medicamentos no SUS. Somente na Assistência Farmacêutica Básica, em Santa Catarina serão investidos, em 2008, mais de 41 milhões de reais, com recursos das três esferas de gestão. Tais recursos, se aliados a comprometimento gerencial para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população deflagrado por um efetivo processo de Planejamento em Assistência Farmacêutica ,podem contribuir sobremaneira para a definição de prioridades e implementação de mudanças que reflitam em melhorias no processo de atenção à saúde.

VI. REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 165 p.

ARAUJO, A. L. A.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13 (supl.), p. 611-617, 2008.

ARAUJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 137-146, 2006.

ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 723-740, 1997.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70/LDA, 1997. 225 p.

BAUER, M. W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 189-217.

BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H.I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.1, p.73-83, 2006.

BOFF, P. R. **A cadeia produtiva farmacêutica no Estado de Santa Catarina e a sua articulação com o Sistema Único de Saúde**. 2007. 120 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BORTOLANZA, J. **Uma contribuição ao Planejamento Municipal que propicie o desenvolvimento sustentável: o uso de indicadores de saúde da população**. 1999. 124 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 15.abr.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 12 de abril de 2001a. **Aprova o documento de Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda**

de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS, parte integrante desta portaria.

Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 15.abr.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos, 1998.**

Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos>. Acesso em: 15 abr. 2006. 2001b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 338, de 06 de maio de 2004.

Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pnaf.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2084, de 26 de outubro de 2005a.

Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 15.abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil:** estrutura, processo e resultados. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde, 2005b. 260 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Projeto Assistência Farmacêutica: Planejar, Organizar, Avaliar, É preciso.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2007. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica:** instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006d. 76p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3237, de 24 de dezembro de 2007a. **Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 285 p.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 175 p.

CAMPOS, G. W. S.; MEHRY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 134 p.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) - Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995. 394p.

COSENDEY, M. A. E.; BERMUDEZ, J. A. Z.; REIS A. L. A.; SILVA, H. F.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.171-182, 2000.

DAMO, M. R. S; LOCH, C. **As Secretarias de Desenvolvimento Regional e a configuração da regionalização catarinense**. 2006. Disponível em: http://geodesia.ufsc.br/Geodesia-online/arquivo/cobrac_2006/026.pdf. Acesso em: 12 jun. 2008.

DE TONI, J. O que é o Planejamento Estratégico Situacional. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 32, 2004. Versão online. Disponível em: <http://www.revistaespacoacademico.com.br>. Acesso em: 06 abr. 2006.

GERCHMAN, S.; VIANA, A. L. D. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N. T; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.307-351.

HOGERZEIL, H. V. Essential medicines and human rights: what can they learn from each other? **Bulletin of the World Health Organization**, v. 84, n. 5, p. 371-375, 2006.

HOGERZEIL, H. V.; EDIN, F. R. C. P.; SAMSON, L. L. M.; CASANOVAS, J. V.; RAHMANI-OCORA, L. Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? **The Lancet**, London, v. 368, p. 305-311, 2006.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504 p.

LAKATOS, E. V.; MARCONI, M.A . **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3.e d. São Paulo: Atlas, 1994. 270 p.

LE ROUX, B.; ROUANET, H. **Geometric data analysis: from correspondence analysis to structured data analysis**. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers, 2004. 492 p.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO DE CASTRO, C. G. S.; MACHADO DOS SANTOS, S. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. 334 p.

MARQUES, D.C.; ZUCCHI, P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.19, n. 1, p. 58-63. 2006.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S.G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, p. 101-107, 2007.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993. 591 p.

MINAYO, M. C. S (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p.

MESSER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para a garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 525-534, 2005.

MOTTIN, L. M. **Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município – um estudo no Rio Grande do Sul**. 1999. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Rio de Janeiro, 1999.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.2, p.223-230, 2005.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. El papel del farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. **Informe de La Reunión de La OMS**. Tóquio: OMS, 1993.

OPAS/OMS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2006.

PAIM, J. S. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMANN, M.; DRUMOND JR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PASSOS, M. M. B.; TRAMONTANO, C. M. L.; SOUZA, R. M. **Controle social e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: a percepção dos conselheiros usuários das regiões metropolitanas do Rio de Janeiro**. 2005. Disponível em: www.pr5.ufrj.br/cd_iberio/biblioteca_pdf/saude/34_artigofinal.pdf. Acesso em: 17 maio 2008.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992. 222p.

RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.17-35.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 60, de 11 de novembro de 2005. **Estabelece responsabilidades e recursos financeiros a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos nesse nível de atenção à saúde, bem como dispõe sobre outros requisitos relativos à Assistência Farmacêutica**. Disponível em: www.saude.sc.gov.br. Acesso em 06 abr. 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Assistência Farmacêutica. **Plano Estadual de Assistência Farmacêutica 2006-2007**: versão preliminar. Florianópolis, 2006.

SANTA CATARINA. **Terra de contrastes: os jeitos da terra**. Disponível em: <http://www.sc.gov.br>. Acesso em: 12 jun. 2008.

SOTO, M. J. C. M. Planejamento Institucional: capacidade de conduzir ações. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 198-204, 2003.

TANCREDI, F. B.; BARROS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde** para gestores municipais de Serviços de Saúde. Série Saúde e Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 61 p.

TONINI, N. S. **O planejamento em Saúde Mental no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo dos municípios da região oeste do Paraná**. 2005. 236 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos** para gestores municipais de Serviços de Saúde. Série Saúde e Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 91 p.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, jan./mar. 2007.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.2, p. 214-222, 2007.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de se trabalhar com este contexto. **Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados**. Brasília, v. 3, n. 2, jan. 2006.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on the 12th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. **Technical Report Series**. No. 914. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Medicines Strategy: countries at the core.** 2004. Disponível em:
http://www.who.int/hq2004/WHO_EDM_2004.5.pdf. Acesso em: 10 jun. 2008.

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista

- Entrevistado
 - profissão
 - cargo
 - tempo de atuação
 - como foi o ingresso...
- O que você entende por Assistência Farmacêutica?
- Como foi a elaboração deste PMAF
 - quem designou os participantes?
 - como foram as instruções para realização?
 - qual a contribuição de cada profissional?
 - Quais foram as maiores dificuldades que vocês enfrentaram ao elaborar o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica?
- O município costumava realizar periodicamente o processo de planejamento da Assistência Farmacêutica? Como isso era feito?
- Como você avalia sua capacidade de gestão para a efetivação das metas apresentadas? E em relação a toda a equipe que elaborou o Plano?
- No PMAF foram apresentados metas e objetivos a serem alcançados. Algo já foi feito? Como foi o processo?
- O planejamento em Assistência Farmacêutica é uma exigência da legislação atual. O que o sr.(a.) pensa disso?
- Você considera que a elaboração do PMAF contribuiu de alguma maneira para as atividades de Assistência Farmacêutica no município? Explique.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

“Análise dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica em Santa Catarina, 2006”

Orientador: Profa. Eliana Elisabeth Diehl

Pesquisadora: Ana Paula Veber

B. PARECERES QUANTO AOS ASPECTOS ÉTICOS:

Projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, em 26 de junho de 2006, sob o parecer n. 184/2006.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO⁶

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações sobre o projeto. Entendi que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo a minha privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Também fui informado de que não há qualquer despesa para mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

.....de.....de 2006.

Nome por extenso:.....

Assinatura:.....

RG:

⁶ Adaptado de: (1) South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2) Comitê de Ética em pesquisa - CEFID - Udesc, Florianópolis, BR.

ANEXO 1

Submissão do artigo à Revista de Saúde Pública

Revista de Saúde Pública USP - Windows Internet Explorer

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

http://200.152.208.135/rsp_usp/

Google

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

RSP Revista de Saúde Pública

Informações Gerais
Edições
Busca
Notícias
Política Editorial
Instruções aos Autores
Informações Editoriais
Assinatura
Sites correlatos
Fale Conosco
Submissão de artigos

Consulta Artigos Enviados
Utilize esta tela para consultar os artigos enviados.

Em Avaliação:	Status
118 - Assistência Farmacêutica em âmbito municipal...	Em avaliação com relatores

Ver Reformulação Alterar Avaliações/Comentários

[Sair](#) [:: voltar ::](#)

Concluído

Internet

100%

15:19

Revista de Saúde Pública USP

UNIVALI - OUTLOOK ...

Windows Live Home...

C:\Documents and Se...

15:19

15:19

ANEXO 2

DELIBERAÇÃO CIB Nº 060/2005

Estabelece responsabilidades e recursos financeiros a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos nesse nível de atenção à saúde, bem como dispõe sobre outros requisitos relativos à Assistência Farmacêutica.

Considerando o disposto no art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece a inclusão das ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando o disposto na Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando a Resolução nº 338, do Conselho Nacional de Saúde, de 6 de maio de 2004, a qual aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos;

Considerando a necessidade de estabelecer responsabilidades para as duas esferas de gestão concernentes ao financiamento racional dos medicamentos aplicados nas ações estratégicas no nível da atenção básica.

Considerando a necessidade dos Estados e Municípios elaborarem seus respectivos Planos de Assistência Farmacêutica, observando critérios que articulem as ações de assistência farmacêutica com aquelas desenvolvidas no âmbito da atenção à saúde.

Considerando que o entendimento entre as duas esferas de gestão de que a Assistência Farmacêutica Básica deve garantir medicamentos para cobertura das patologias de impacto no âmbito da Atenção Básica à saúde;

Considerando o disposto na Portaria GM nº 2.084 de 26 de outubro de 2005, que define responsabilidades e recursos financeiros a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos nesse nível de atenção à saúde.

DELIBERA:

Art. 1º Estabelecer os mecanismos e responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, nos termos desta pactuação e seus Anexos.

Art. 2º Definir que a contrapartida estadual do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB) será de R\$ 1,00 per capita habitante/ano para os 237 municípios, e de R\$ 3,00 habitante/ano para os 56 municípios integrantes do Programa Estadual de Inclusão Social – PROCIS.

§ 1º - A contrapartida estadual do incentivo da assistência farmacêutica na atenção básica ao conjunto dos 293 municípios será feita mensalmente em **repassse financeiro**, observada os valores per-capita descritos acima, transferidos aos fundos municipais de saúde respectivos.

§ 2º - Os recursos financeiros de que trata o caput, deverão ser destinados para a aquisição do conjunto de medicamentos constantes do elenco descentralizado e do elenco descentralizado ampliado, conforme descrito nos anexos III e IV.

Art. 3º Estabelecer que o Elenco de Medicamentos para Atenção Básica, será constituído de:

a - componente estratégico: conjunto de medicamentos e produtos definidos nos anexos I e II, cuja responsabilidade pelo financiamento, aquisição e distribuição é do Ministério da Saúde;

b - componente descentralizado: conjunto de medicamentos definidos no anexo III, cujo financiamento é responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, e a aquisição é de responsabilidade dos municípios, conforme pactuação da Comissão Intergestores Bipartite.

c- componente descentralizado ampliado: conjunto de medicamentos definidos no anexo IV, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite, cujo financiamento e a aquisição é de responsabilidade dos municípios. Os medicamentos de que trata este item deverão estar disponíveis nas unidades de saúde municipais para serem fornecidos, na competência março de 2006.

d – componente estadual: conjunto de medicamentos definidos no anexo V e VI, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite, destinado ao tratamento ambulatorial das principais causas de morbimortalidade e outras situações relevantes, cujo financiamento, aquisição e distribuição é de responsabilidade da SES/SC.

§ 1º - O conjunto de medicamentos e produtos definidos nos anexos I, II e III compõem o elenco mínimo obrigatório de medicamentos no nível da atenção básica, estabelecido pela Portaria GM nº 2.084 do Ministério da Saúde; e o conjunto dos medicamentos constantes no anexo IV são igualmente obrigatórios para este nível de atenção.

§ 2º - O acesso dos pacientes ao conjunto dos medicamentos definidos no anexo V, elenco obrigatório para situações clínicas específicas, se dará através da abertura de processos e do cumprimento dos critérios de inclusão dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas definidos pela SES/SC, através de portarias próprias. Os medicamentos de que trata este item deverão estar disponíveis na DIAF/SES/SC para serem fornecidos mediante a abertura de processo, na competência março de 2006.

§ 3º - O conjunto dos medicamentos definidos no anexo VI (itens do programa de medicamentos excepcionais/alto custo do MS), terão ampliação nos critérios de inclusão através dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pela SES/SC.

Art. 4º Fica pactuado que a partir da competência abril de 2006, os recursos financeiros per capita, do componente estratégico do elenco dos medicamentos para Hipertensão Arterial e Diabetes Melítus (HD) serão repassados aos municípios, os quais ficarão responsáveis pela sua aquisição e disponibilização, e os recursos financeiros per capita, do componente estratégico do elenco dos medicamentos para Asma e Rinite (AR) serão repassados ao Estado, o qual ficará responsável pela sua aquisição e disponibilização.

Art. 5º - O acompanhamento da movimentação dos recursos destinados ao Financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica será feito pela SES/SC e pelos municípios, através da alimentação do Sistema Informatizado para Acompanhamento da Execução do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica – SIFAB, disponibilizado e mantido pelo Ministério da Saúde.

§ 1º - As Secretarias Municipais de Saúde devem remeter trimestralmente a SES/SC os dados gerados pela alimentação do SIFAB.

§ 2º - A SES/SC é responsável pela consolidação e avaliação dos dados municipais e devem remetê-los, juntamente com os dados relativos a sua movimentação própria, para o Ministério da Saúde, no prazo de 15 dias depois de decorrido o trimestre.

§ 3º - A comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes às contrapartidas estadual e municipal do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB) constará no Relatório de Gestão Anual e as prestações de contas devem ser aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 6º - O repasse estadual dos recursos referentes ao financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, será automaticamente suspenso aos municípios nas seguintes situações:

a) Constatação de irregularidades na utilização dos recursos, ou descumprimento das obrigações estabelecidas na presente Deliberação, obtida através dos Sistemas de Avaliação e Controle, ou Auditorias Especiais realizadas por órgãos ligados ao Sistema Único de Saúde, Tribunais de Contas, Controladorias e outros da administração pública.

b) Atraso de mais de 90 (noventa) dias na alimentação do SIFAB, ou no seu envio à SES/SC,

Art. 7º - O repasse dos recursos financeiros para os municípios será restabelecido tão logo seja comprovada a regularização da situação que motivou a suspensão.

Art. 8º - Os Planos Estadual e Municipal de Assistência Farmacêutica, instrumentos imprescindíveis ao planejamento, monitoramento e avaliação do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, devem ser coerentes com a Política Estadual e Municipal de Saúde, com a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica.

Art. 9º - Estabelecer o prazo de 06 de dezembro de 2005 para que sejam encaminhados a Diretoria de Assistência Farmacêutica da SES/SC os Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, os quais devem contemplar minimamente os aspectos indicados no Anexo VII. O envio poderá ser através do endereço de mail: getaf@saude.sc.gov.br.

Art. 10 – No processo de implementação e organização da Assistência Farmacêutica, compete a Diretoria de Assistência Farmacêutica - DIAF/SES:

- a) Participar da formulação e implementação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, observados os princípios e diretrizes do SUS.
- b) Prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos Municípios no âmbito da assistência farmacêutica.
- c) Normatizar e coordenar a organização da assistência farmacêutica, nos diferentes níveis da atenção à saúde, obedecendo os princípios e diretrizes do SUS.
- d) Promover ações de suporte aos municípios no processo de assistência farmacêutica.
- e) Estabelecer metas, acompanhar e avaliar o desempenho dos programas, projetos e serviços farmacêuticos no âmbito do SUS, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde.

Art. 11 – No processo de implementação e organização da Assistência Farmacêutica, compete as Secretarias Municipais de Saúde:

- a) Participar da formulação e implementação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, observados os princípios e diretrizes do SUS.
- b) Executar as atividades relacionadas com a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamento, visando seu uso racional.
- c) Criar e formalizar a estrutura organizacional da Assistência Farmacêutica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.
- d) Designar a equipe que irá compor o setor de Assistência Farmacêutica, designando o farmacêutico responsável, bem como definir as competências da área de abrangência em consonância com a Política Nacional, Estadual de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica.
- e) Estabelecer através de Portaria o elenco de medicamentos selecionados pela SMS, incluindo os itens constantes nesta Deliberação que são de responsabilidade do gestor municipal e aqueles considerados complementares a estes, cujo fornecimento já é compromisso da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 12 – Esta deliberação entra em vigor na data de sua assinatura

Florianópolis, 11 de novembro de 2005.

CARMEN EMÍLIA BONFÁ ZANOTTO
Coordenadora CIB/SES

CELSO LUIZ DELLAGIUSTINA
Coordenador CIB/COSEMS

ANEXO I

COMPONENTE ESTRATÉGICO

PRODUTO	INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	ELENCO
Alfametildopa 250mg – comprimido	Anti hipertensivo para uso por gestantes	HD
Captopril 25 mg – comprimido	Anti-hipertensivo	
Glibenclamida 5mg – comprimido	Hipoglicemiante oral	
Hidroclorotiazida 25mg – compriido	Diurético	
Metformina 850mg – comprimido	Hipoglicemiante oral	
Propranolol (cloridrato) 40 mg – comprimido	Anti-hipertensivo	
Digoxina 0,25 mg – comprimido	Cardiotônico	
Insulina NPH 100UI – frasco ampola	Hipoglicemiante injetável	IN
Beclometasona 250 mcg – Inalatório	Antiinflamatório esteróide	AR
Beclometasona 50 mcg – Spray inalatório	Antiinflamatório esteróide	
Prednisona 20mg – comprimido	Antiinflamatório esteróide	
Prednisona 5mg – comprimido	Antiinflamatório esteróide	
Salbutamol (sulfato) 2mg/5mL – xarope	Broncodilatador	
Salbutamol 100mcg – Aerosol inalatório	Broncodilatador	
Salbutamol 2mg – comprimido	Broncodilatador	
Ácido Fólico 5mg – comprimido	Prevenção de mal-formações do tubo neural	NA
Sulfato Ferroso 12,5 mg/2mL – xarope.	Suplementação de Ferro	
Sulfato Ferroso 25 mg/mL – solução oral/gotas	Suplementação de Ferro	

Sulfato Ferroso 40 mg - comprimido	Anemia Ferropriva	
Vitamina A 100.000 UI – cápsula	Hipovitaminose A	
Vitamina A 200.000 UI – cápsula	Hipovitaminose A	
Adesivos Transdérmicos de Nicotina (14 mg)	Antitabagismo	CT
Adesivos Transdérmicos de Nicotina (21 mg)	Antitabagismo	
Adesivos Transdérmicos de Nicotina (7 mg)	Antitabagismo	
Cloridrato de Bupropiona 150mg – comprimido	Antitabagismo	
Goma de Mascar com Nicotina (tablete 2mg)	Antitabagismo	
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/mL – injetável	Anticoncepcional hormonal trimestral	SM
Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg – injetável	Anticoncepcional hormonal mensal	
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg – comprimido	Anticoncepcional	
Levonorgestrel 0,75 mg – comprimido	Anticoncepcional de emergência	
Noretisterona 0,35 mg – comprimido	Anticoncepcional	

HD – Hipertensão arterial e diabetes; IN – Diabetes/ insulina;
AR – Asma e Rinite; NA – Nutrição e Alimentação; CT – Controle do Tabagismo; SM – Saúde da Mulher

ANEXO II COMPONENTE ESTRATÉGICO MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

PRODUTO	ELENCO
Anéis medidores de diafragma (caixa com conjunto de seis unidades, com diferentes medidas)	SM
Diafragma	
Dispositivo intra-uterino (TCU 380A)	
Preservativo masculino (49 mm)	
Preservativo masculino (52 mm)	

ANEXO III

COMPONENTE DESCENTRALIZADO

PRODUTO	INDICAÇÃO TERAPÊUTICA
Ácido acetilsalicílico - 100 mg – comprimido	Analgésico/antitérmico
Amoxicilina - 50 mg/mL - pó para suspensão oral	Antibiótico
Amoxicilina 500mg – cápsula	Antibiótico
Benzoato de Benzila 0,25% - emulsão tópica	Antiparasitário
Dexametasona creme 0,1% - bisnaga	Antiinflamatório esteroide
Eritromicina (estearato ou etilsuccinato) 250mg/5mL – Susp. Oral	Antibiótico
Eritromicina 500mg – comprimido	Antibiótico
Ibuprofeno 300 mg – comprimido	Antiinflamatório
Mebendazol 20 mg/mL – suspensão oral	Antiparasitário
Mebendazol 100 mg – comprimidos ou Albendazol 200mg (1)	Antiparasitário

Metoclopramida (cloridrato) 10mg – comprimidos	Antiemético
Metoclopramida (cloridrato) 5 mg/mL – sol. Injetável	Antiemético
Metronidazol creme vaginal 2,0% - bisnaga	Antiparasitário
Metronidazol 40 mg/mL – susp. Oral	Antiparasitário
Metronidazol. 250 mg – comprimido	Antiparasitário
Miconazol creme vaginal 2% (Nistatina 25.000 UI/g) – bisnaga (2)	Antifúngico
Neomicina + Bacitracina 0,5% + 250 UI/g – bisnaga (3)	Antibiótico
Paracetamol 100 mg/mL ou 200 mg/mL – solução oral.	Antitérmico/analgésico
Paracetamol 500 mg – comprimido	Antitérmico/analgésico
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 U.I. – pó para suspensão injetável.	Antibiótico
Benzilpenicilina Benzatina 600.000 U.I. – pó para suspensão injetável	Antibiótico
Benzilpenicilina Procaina + Potássica 300.000 UI + 100.000 UI – susp. Injetável	Antibiótico
Ranitidina 150 mg – comprimido	Anti ulceroso
Sais para reidratação oral 27,9 g – envelope.	Reidratação
Sulfametoxazol + Trimetoprima 400 + 80 mg – comprimido	Antibiótico
Sulfametoxazol + Trimetoprima 4,0% + 0,8% - susp. Oral	Antibiótico
Tiabendazol 5% 250mg/5mL – susp. Oral	Anti parasitário
Tiabendazol 500mg comprimido	Anti parasitário

1 e 2 - Permitida a escolha de um dos dois medicamentos.

3 - Não obrigatório quando estado e/ou município contar com protocolo para manejo de infecções dermatológicas.

ANEXO IV COMPONENTE DESCENTRALIZADO AMPLIADO

Medicamento	Indicação	Prioridade/ Nível de complex.
Amoxicilina + ácido clavulâmico 500/125mg - comprimido 50/12,5 mg/ml - suspensão oral	Pneumonia, infecção do trato urinário, rinossinusite	AB/Munic
Azitromicina 500 mg - comprimido 40mg/ml - suspensão	Faringite, bronquite, rinossinusite	AB/Muni
Cefalexina 500 mg - comprimido 50mg/ml - suspensão	Infecção do trato urinário (crianças e grávidas)	AB/Muni
Ciprofloxacina 500mg - comprimido	Infecção do trato urinário (resistência e intolerância)	AB/Muni
Issossorbida, dinitrato 5mg – comprimido sublingual	Cardiopatia isquêmica	AB/Munic
Nitrofurantoína 100mg – comprimido 5mg/ml – suspensão oral	Infecção do trato urinário	AB/Muni
Nimesulida 100mg - comprimido	Antiinflamatório	AB/Muni
Omeprazol 20mg - comprimido	Cardiopatia isquêmica; Dispepsia; Refluxo	1/Esp

ANEXO V COMPONENTE ESTADUAL

Medicamento	Indicação	Prioridade/ Nível de complex.
Alopurinol 100mg - comprimido	Inflamação Gota	1/ESP

Amitriptilina 25mg - comprimido	Dor	1/ESP
Brimonidina 0,2% - solução oftálmica	Glaucoma (intolerância ao timolol)	1/Esp
Carbamazepina 200mg - comprimido	Dor	1/ESP
Claritromicina 500mg - cápsula	Úlcera	1/ESP
Clopidogrel 75mg - comprimido	Cardiopatia isquêmica (intolerância ao ácido acetil salicílico)	1/ESP
Colchicina 0,5mg - comprimido	Inflamação (gota)	1/ESP
Espironolactona 25mg - comprimido	Insuficiência cardíaca	1/Esp
Gabapentina 300mg - cápsula	Dor	1/Esp
Heparina 1000 UI/ml - solução injetável	Distúrbios de coagulação	1/Esp
Hidralazina 50mg - comprimido	Insuficiência cardíaca (intolerância aos IECA)	1/Esp
Insulina Regular 100UI/ml	DM	1/Esp para municípios
Fitas + glicosímetros	DM	1/Esp para municípios
Ipratrópio 0,02mg/ml – aerossol bucal	Asma e DPOC	2/Esp
Isossorbida, dinitrato oral 10mg - comprimido	Insuficiência cardíaca	1/Esp
Isossorbida, mononitrato 20 e 40mg - comprimido	Cardiopatia isquêmica.	2/Esp
Loratadina 10mg - comprimido	Rinite	1/Esp
Metimazol 10mg - comprimido	Hipertireoidismo	1/Esp
Nifedipina 20mg – comprimido de liberação controlada	Cardiopatia isquêmica	1/Esp
Pentoxifilina 400mg - comprimido	Claudicação intermitente	1/Esp
Potássio, Cloreto 600mg – comprimido	Insuficiência cardíaca	1/Esp
Propiltiouracila 100mg - comprimido	Hipertireoidismo em gestantes	1/Esp
Timolol, maleato 0,5% solução oftálmica	Glaucoma	1/Esp
Varfarina 1 e 5mg - comprimido	Distúrbios de coagulação	1/Esp
Verapamil 40 e 80 mg - comprimido	Cardiopatia isquêmica.	1/Esp

ANEXO VI

ITENS DO PROGRAMA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS QUE TERÃO AMPLIAÇÃO NOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO ATRAVÉS DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS ESTABELECIDOS PELA SES/SC

Medicamento	Indicação	Prioridade/ Nível de complex.
Sinvastatina 20 mg - comprimido	Dislipidemia e Cardiopatia isquêmica.	Exc
Budesonida 200mcg - cápsula para inalação	Asma e DPOC	Exc
Formoterol 12mcg - cápsula para inalação	Asma e DPOC	Exc
Levotiroxina 12,5; 25 e 50mg - comprimido	Hipotireoidismo	Exc



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

ANEXO VII

ROTEIRO PARA A ELABORAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Elaboração:

José Miguel do Nascimento Júnior
Diretor DIAF/SES

Rosana Isabel dos Santos
Gerente Técnica GETAF/DIAF/SES

Florianópolis, novembro de 2005

INTRODUÇÃO

Considerando o Artigo 8º da Portaria GM Nº. 2084⁷, de 26 de outubro de 2005, a exigüidade dos prazos e as vantagens de optar pela uniformização dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, a DIAF

⁷ Art. 8º Os Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica devem ser formulados contemplando as ações voltadas à atenção básica e encaminhados, até 16 de dezembro de 2005, ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

§ 1º As pactuações das Comissões Intergestores Bipartite, relativas às responsabilidades sobre o financiamento, a aquisição e a distribuição dos medicamentos definidos no inciso II do art. 5º - Componente Descentralizado, deverão acompanhar os Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica, no mesmo prazo definido no caput.

§ 2º As Comissões Intergestores Bipartite deverão pactuar o prazo para encaminhamento dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica às Secretarias Estaduais de Saúde.

elaborou este roteiro, destinados aos Municípios. Nele estão contidas informações gerais sobre a elaboração de Planos de Saúde e tópicos específicos sobre a Assistência Farmacêutica.

Entendemos que **seria vantajoso que o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica (PMAF) fosse parte do Plano Municipal de Saúde (PMS)** ou estivesse absolutamente coerente e articulado com este. De pouco servirá um Plano Municipal de Assistência Farmacêutica desconectado do Plano Municipal de Saúde, já que os objetivos estabelecidos em ambos devem procurar responder às mesmas necessidades prioritárias do município, diagnosticadas através da avaliação situacional da saúde. Afinal, a assistência farmacêutica é o *“conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais da saúde, (...) tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional (...) na perspectiva de obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”* (OPAS, 2002). Por isso, se o município, além do PMS, optar por elaborar seu PMAF em paralelo, deverá repetir no segundo muitas das informações contidas no primeiro para manter a coerência entre prioridades, objetivos e metas estabelecidos em ambos.

Na primeira parte deste roteiro, constam, conforme já mencionado, informações e explicações, extraídas da publicação do Instituto Brasileiro de Administração Municipal, “A Saúde no Município: organização e gestão” (IBAM/UNICEF, 1991) e Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2004).

Na segunda parte, consta o roteiro propriamente dito para a elaboração do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica ou, caso este faça parte do Plano Municipal de Saúde, dos itens mínimos necessários para o planejamento das ações em assistência farmacêutica.

Fazer planos é parte das atividades do ser humano desde que ele se descobriu com capacidade para pensar antes de agir. O planejamento é, assim, o contrário do improviso. Planeja-se também quando diferentes pessoas ou organizações participam da ação, ou quando não se dispõe de muitos recursos para realizar objetivos.

O planejamento público tem uma dimensão técnica e uma dimensão política. Técnica porque implica o domínio de uma metodologia de trabalho própria, o acesso a informações atualizadas, sistematizadas e agregadas, e freqüentemente, o apoio dos conhecimentos especializados de profissionais de diferentes áreas. E tem dimensão política porque é, antes de tudo, um processo de negociação para tentar conciliar valores, necessidades e interesses divergentes e administrar conflitos entre os vários segmentos da sociedade que disputam os benefícios da ação governamental.

Importa menos aos Municípios elaborar planos sofisticados e pretensiosos do que praticar o planejamento como um processo constante que permite diagnosticar os problemas locais e promover incessantemente a melhoria dos serviços públicos e o bem-estar da população. Tal processo resultará em visão estratégica do futuro, através de passos simples (diretrizes de ação governamental, planos de Governo, programas e projetos).

Qualquer Município, não importa seu tamanho e seus recursos econômicos, pode implantar um processo de planejamento coerente com seu estágio de desenvolvimento tecnológico, econômico, social e cultural. Nos Municípios maiores, geralmente há um órgão encarregado de coordenar e apoiar tecnicamente o processo de planejamento, mas em Municípios menores a função de coordenação pode ser do Prefeito e dos Secretários, com apoio técnico de algumas pessoas.

O Prefeito e os Secretários de qualquer Município podem recorrer ao auxílio de um roteiro lógico de procedimentos para iniciar o encaminhamento dos problemas da comunidade, consultar lideranças e organizações sociais locais, fazer balanço anual dos recursos, tomar decisões conjuntas e criar na própria máquina governamental hábito de prestação de contas à população sobre as medidas e decisões tomadas.

Bases do Planejamento em Saúde

O planejamento em saúde no âmbito do Município deve ser parte integrante do processo de planejamento municipal. Ele permite identificar os problemas numa situação concreta, escolher as prioridades e propor as atividades para sua solução, inclusive com a definição dos recursos necessários a sua implantação.

Faz parte também do planejamento em saúde a avaliação, que se realiza a cada momento, do processo de implementação de uma determinada ação.

O ato de planejar requer o conhecimento mais detalhado possível da realidade na qual se vai intervir, pois a situação da saúde e dos serviços não é estática e apresenta uma dinâmica própria que é preciso conhecer. Quem planeja é quem tem a responsabilidade político-administrativa direta e indireta de resolver o problema e garantir a saúde da população; é quem conhece e tem experiência (técnico) e quem sofre os problemas (usuário).

A elaboração de um plano municipal de saúde viável deve associar o conhecimento do perfil epidemiológico da população à análise dos fatores geográficos, demográficos, políticos, econômico-sociais, culturais e institucionais que condicionam e determinam a saúde dos indivíduos e da comunidade.

Deve-se planejar considerando as ações tanto de promoção e proteção à saúde quanto as de tratamento e reabilitação. Deve-se planejar ações integradas onde a atenção à saúde não se restrinja à assistência aos doentes, estendendo-se, prioritariamente, aos fatores de risco que afetam a saúde da população.

Plano de Saúde

O Plano de Saúde consolida o processo de planejamento na área da saúde para um período de quatro anos, devendo ser revisado anualmente, em decorrência da PPI e em função de novas metas de atenção eventualmente incorporadas.

A elaboração e atualização periódica do plano de saúde é atribuição da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme a Lei nº 8.080/90 (artigo 15), a qual também estabelece que em conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Nesse mesmo artigo, é atribuída às três esferas de gestão do Sistema a responsabilidade de “promover a articulação da política e dos planos de saúde”. No capítulo III, relativo ao Planejamento e ao Orçamento, o § 1º do artigo 36 define que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”. Já a Lei nº 8.142/90 fixa que os recursos federais destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, para serem recebidos pelos municípios, os estados e o Distrito Federal, deverão ter por base o Plano de Saúde (artigo 4º). Igualmente, o Decreto nº 1.232/94, concernente à transferência de recursos fundo a fundo, também se refere ao plano de saúde ao tratar da distribuição de recursos segundo estimativas populacionais e do acompanhamento da “conformidade da aplicação dos recursos transferidos”.

As bases dos Planos de Saúde são as seguintes:

- O plano de ação é um momento do planejamento, um espaço no qual os diversos grupos sociais viabilizam suas propostas de mudanças. O princípio de participação deve ser o eixo central do planejamento municipal em saúde. O Governo Municipal e os responsáveis diretos pelo planejamento devem incorporar a prática de participação como meta e como instrumento essencial ao processo, permitindo desta maneira a explicitação de todos os interesses em jogo. Este princípio é válido para a democratização tanto das relações internas no Governo Municipal como das externas, entre o Governo Municipal e a comunidade. Neste último caso o papel dos Conselhos Municipais é fundamental.
- O plano de ação deve ter uma direção, um objetivo a atingir. A direcionalidade é elemento importante na definição dos problemas.
- A escolha dos problemas depende do ponto de vista de quem está vivendo aquela situação, e deve levar em consideração o entendimento que os outros grupos sociais fazem da mesma situação.
- Na elaboração do plano de ação, o dirigente não deve limitar-se a conhecer os fenômenos superficialmente, mas aprofundar-se no conhecimento das causas para melhor definir e explicar os problemas, pois muitos deles têm explicações e soluções que ultrapassam o setor saúde.

- O plano de ação deve expressar o processo de descentralização institucional, como condição para garantir a participação efetiva da população.
- O plano de ação deve garantir a redefinição constante das metas, a inseparabilidade entre planejamento e gerência, a criação de um sistema de avaliação e a busca ativa da sua viabilidade através da análise dos grupos sociais e dos seus interesses.

Quanto à formulação, a referência existente é a Portaria nº 548/2001, que aprova as “Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”. Especificamente em relação ao plano de saúde, as orientações aprovadas pela mencionada Portaria definem, entre outros aspectos, que: (1) os planos devem corresponder, em relação ao seu período, ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera; (2) os planos são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma ótica analítica, devendo ser submetidos, na íntegra, aos respectivos Conselhos de Saúde; e (3) a formulação e o encaminhamento do Plano Nacional de Saúde são competência exclusiva do MS, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde/CNS apreciá-lo e propor as modificações julgadas necessárias.

O processo de planejamento, no contexto da saúde, deve considerar que a decisão de um gestor sobre quais ações desenvolver é fruto da interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade. Dessa interação – motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população – resulta a implementação de um plano capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social dessa mesma população. Nesse sentido, o planejamento das ações de saúde necessárias a uma comunidade – por intermédio do plano – concretiza a responsabilização dos gestores pela saúde da população.

O Plano de Saúde é operacionalizado mediante programas e/ou projetos, nos quais são definidas as ações e atividades específicas, bem como o cronograma e os recursos necessários. Tais instrumentos expressam, assim, a direcionabilidade das políticas de saúde do SUS no âmbito federal, estadual ou municipal. A elaboração, tanto do plano quanto dos instrumentos que o operacionalizam, é entendida como um processo dinâmico que permite, assim, a revisão periódica de objetivos, prioridades e estratégias, seja em função dos avanços registrados ou em decorrência da mudança de cenários, seja de obstáculos que eventualmente venham a ser defrontados. Dessa forma, o plano requer, como estratégia básica de sua implementação, a gestão compartilhada entre as três esferas de governo que, aliada ao sistema de monitoramento e avaliação correspondente, possibilita aos quadros técnicos e à sociedade acompanhar a execução das ações, de sua eficácia, efetividade e, desse modo, indicar rearranjos em torno dos parâmetros iniciais traçados.

ROTEIRO PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Este roteiro teve por base a estrutura do Plano Nacional de Saúde e o documento “ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE”, elaborado pela GEVAL-DIRP-SES/SUS/SC e atualizado em 08/2004.

I. IDENTIFICAÇÃO:

- Nome do Município
- Código IBGE
- Tipo de gestão de saúde no Município
- SDR a que está vinculado
- Nome dos membros ou equipe técnica responsável pela elaboração
- Nome do Secretário Municipal de Saúde
- Data da elaboração
- Período de abrangência do plano (gestão)

II. PRINCÍPIOS, DIRETRIZES, COMPROMISSOS POLÍTICOS, EIXOS ORIENTADORES E REFERENCIAL ADOTADO

- Princípios e Diretrizes: Instrumentos jurídico-legais que regulam o funcionamento do SUS e devem ser explicitados no plano de saúde. Os princípios e as diretrizes políticas do SUS estão contidos na Constituição Federal, nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, Leis Orgânicas do Estado e do Município e em outras leis e portarias que regem o Sistema de Saúde. Caso haja outros definidos pelo município, também devem ser explicitados. Os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade) são valores éticos sociais que definem a estratégia geral a ser adotada e devem nortear a estruturação dos serviços e as ações a serem desenvolvidas. As diretrizes (descentralização, hierarquização e participação popular) definem como deve se dar a organização do Sistema.

- Compromissos Políticos: O compromisso de governo do município deve estar em consonância com as políticas de saúde Federal e Estadual, e apresentar as intenções e promessas de campanha, bem como compromissos solenes com a comunidade.

- Eixos orientadores: No Plano Nacional de Saúde são propostos os seguintes eixos de orientação para a discussão das prioridades nas esferas municipal, estadual e regional:

- (1) a redução das desigualdades em saúde;
- (2) a ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção;
- (3) a redução dos riscos e agravos;
- (4) a reforma do modelo de atenção; e
- (5) o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

- Referencial adotado: São os trabalhos já desenvolvidos (pela comunidade, pelo Município, por instituições de ensino, etc.) que serviram de base para a elaboração deste plano (exemplo: relatório das Conferências de Saúde e/ou Assistência Farmacêutica, PPA, trabalhos científicos, etc.).

VI. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO (Diagnóstico)

A análise situacional deve sistematizar as informações sobre tudo o que pode estar relacionado à compreensão e à satisfação das necessidades de saúde da população, neste caso, especificamente o que diz respeito à assistência farmacêutica.

Num primeiro momento, faz-se a descrição das características do Município que direta e indiretamente estão relacionadas às condições de saúde da população. Assim, importa saber, por exemplo, o tamanho e as características da população (urbana, rural, assentada, etc.), as morbidades prevalentes e os medicamentos essenciais para tratá-las, a rede de serviços existente, as referências para os serviços que o município não dispõe, o padrão e a racionalidade da prescrição/uso de medicamentos, entre outros.

De posse destas informações ou, quando elas forem desconhecidas, do reconhecimento da ausência delas, é possível definir e explicar os **problemas centrais** que o município terá de enfrentar, bem como localizar os “**nós críticos**”, ou seja, aquelas causas principais de um problema que, se adequadamente atacadas, terão grande impacto na solução do mesmo. Esta é uma forma de **estabelecer as prioridades e as metas correspondentes, bem como prever as ações** que deverão ser desenvolvidas para tal, que consiste na etapa seguinte do planejamento. Para isso, a descrição das características do Município também deve auxiliar o reconhecimento das potencialidades que o mesmo tem para o enfrentamento dos problemas.

Grande parte das informações para compor a descrição das características no Município relacionadas à saúde de sua população está disponível no sítio da SES (www.saude.sc.gov.br). Uma vez acessado este sítio, clique seqüencialmente em “Informações em Saúde”, “Cadernos de Informação em Saúde”, “Modelos de Cadernos”, “Geral” e “Município”. Escolha, então, o município em questão. Será aberta uma página com os dados do município escolhido, que poderão ser visualizados clicando na barra inferior “MENU”. Os dados disponibilizados referem-se a:

- Demografia:
 - ✓ População residente por faixa etária e sexo (2005)
 - ✓ População residente por ano
 - ✓ Grupos populacionais
 - ✓ Proporção da população residente alfabetizada por faixa etária
- Saneamento:
 - ✓ Proporção (%) de moradores por tipo de abastecimento de água
 - ✓ Proporção (%) de moradores por tipo de instalação sanitária
 - ✓ Proporção (%) de moradores por tipo de destino de lixo
- Rede Ambulatorial:
 - ✓ N.º. e proporção de unidades por tipo de unidade
 - ✓ N.º. e proporção de unidades por tipo de prestador
 - ✓ Consultórios médicos e equipamentos odontológicos
- Rede hospitalar:
 - ✓ N.º. de hospitais e leitos por natureza do prestador e segundo a especialidade
 - ✓ Leitos por 1.000 habitantes
- Assistência Ambulatorial:
 - ✓ Quantidade, valor e valor médio dos procedimentos ambulatoriais
 - ✓ Valores médios anuais

- Assistência Hospitalar:
 - ✓ No. de internações, valor total, valor médio
 - ✓ Média de permanência, n°. de óbitos e taxa de mortalidade por especialidade e local de internação
- Morbidade Hospitalar:
 - ✓ Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária
- Nascimentos:
 - ✓ Nascidos vivos
- Mortalidade:
 - ✓ Mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo o grupo de causas (CID 10)
 - ✓ Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas
 - ✓ Outros indicadores
- Mortalidade Infantil:
 - ✓ Mortalidade proporcional (%) em < de 1 ano por faixa etária e grupo de causas
- Imunizações:
 - ✓ Cobertura vacinal (%) por tipo de imunobiológico
- Transferências e Pagamentos
- Orçamentos
- Atenção Básica
 - ✓ Indicadores da Atenção Básica
 - ✓ Modelos assistenciais
 - ✓ População coberta pelo PSF.

É também de extrema importância que o Município sistematize as informações listadas nos quadros abaixo (outras informações e informações específicas da assistência farmacêutica). Mesmo que tais informações não sejam conhecidas, é importante deixar isso claro. Não é demérito reconhecer a inexistência de dados sobre certos aspectos do sistema de saúde. Ao contrário, este é o primeiro passo para um planejamento com chances sucesso, já que desse reconhecimento podem estar sendo definidas as prioridades e as ações fundamentais para a superação de dificuldades crônicas. Não se pode esquecer que a construção do SUS é processual e é natural que não ocorra homogeneamente em todos os Municípios.

OUTRAS INFORMAÇÕES ESSENCIAIS PARA A DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES DO PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
Sobre aspectos sócio-econômicos e de infra-estrutura do Município:	<ul style="list-style-type: none"> - Principais atividades econômicas. - Índice de desemprego - Renda familiar (média) - Habitação (predominância do tipo de habitação, existência de favelas, invasores, assentamento de famílias, etc) - Meio Ambiente (poluição, uso de pesticidas, equilíbrio do meio, recursos naturais do município - exploração e preservação, etc)
Sobre a extensão da cobertura requerida ao Município	<ul style="list-style-type: none"> - Percentual da população que recorre ao SUS para consultas médicas - Percentual da população que recorre ao SUS para obter medicamentos
Sobre a Vigilância Epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Organização do Serviço de Epidemiologia (em nível central e na rede de assistência) - Descrição do n°. de casos e incidência das doenças transmissíveis e de notificação compulsória
Sobre a Vigilância Sanitária	<ul style="list-style-type: none"> - Organização do Serviço de Vigilância Sanitária
Sobre os Serviços de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Localização das unidades de saúde (urbana ou rural). - Funcionamento dos Serviços (sistema de referência e contra-referência, e atividades desenvolvidas)

<ul style="list-style-type: none"> - No. de laboratórios; se não tiver, qual a referência - Equipamentos especializados e de maior complexidade por unidade de saúde (Rx, ultra-som, microscópio, equipo odontológico, aparelho eletrocardiograma, endoscopia, etc) ; se não tiver, qual a referência - Quantificação e análise da suficiência de profissionais por categoria.
Sobre os Recursos Financeiros <ul style="list-style-type: none"> - % do orçamento destinado à saúde (série histórica dos três últimos anos) - distribuição orçamentária por área de atividade de saúde - outras fontes de financiamento (União, Estado, etc.
Sobre o Controle Social <ul style="list-style-type: none"> - Existência de Conselho Municipal de Saúde - Frequência das reuniões - Realização/participação em Conferências de Saúde e/ou de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
Sobre Legislação específica <ul style="list-style-type: none"> - Leis, portarias, resoluções e normativas do município para a saúde e/ou assistência farmacêutica.

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
Nome do Responsável pela assistência farmacêutica Formação profissional e qualificação Responsável há quanto tempo?	
1 – ASPECTOS RELACIONADOS À ESTRUTURA ORGANIZACIONAL A Assistência Farmacêutica está contemplada no organograma da SMS? Qual é o organograma da Assistência Farmacêutica? Quais setores que compõem a Assistência Farmacêutica	
2 - ASPECTOS RELACIONADOS AOS RECURSOS HUMANOS Quantos farmacêuticos trabalham na assistência farmacêutica? <ul style="list-style-type: none"> • Número de farmacêuticos no Nível central da SMS = • Número de farmacêuticos no Nível local da SMS (nas unidades de saúde) = Qual a Qualificação dos profissionais que atuam na Assistência Farmacêutica? Existem outros profissionais atuando na assistência farmacêutica? Relacione: O número de profissionais que atuam é suficiente? Caso não seja, informe as áreas deficientes. Existe programa de educação permanente dos recursos humanos da assistência farmacêutica?	
3 – ASPECTOS RELACIONADOS COM A SELEÇÃO DOS MEDICAMENTOS Possui uma relação municipal de medicamentos? Esta lista inclui quais medicamentos? Inserir a lista na forma de anexo. <ul style="list-style-type: none"> • Descreva o processo de seleção • Qual é o setor na SMS responsável pela seleção (inclusões/exclusões/revisões) de medicamentos? • Este setor é constituído formalmente? Tem regimento interno ou outra regulamentação? • Este setor faz os estudos de seleção para os medicamentos de uso ambulatorial e hospitalar? • Como é composto este setor? Quais profissionais participam? Quantos são? • Que titulação tem os membros? • Os membros declararam Termo de Isenção ou de Conflito de Interesses? • Qual periodicidade com que se reúnem? • Qual metodologia utiliza para a realização dos estudos de seleção? • Como é feita a divulgação aos prescritores dos medicamentos selecionados? • Que estratégias de vinculação são utilizadas? 	
4 – ASPECTOS RELACIONADOS À PROGRAMAÇÃO Quais são os métodos utilizados de programação das necessidades de medicamentos? <p>A. Perfil epidemiológico; B. Consumo histórico; C. Oferta de serviços D. Pacientes cadastrados; E. Outros (especificar)</p> Como é realizada a programação da necessidade de medicamentos?	
5 – ASPECTOS RELACIONADOS À AQUISIÇÃO Que grupo de medicamentos são adquiridos pela assistência farmacêutica municipal? <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos Básicos: • Medicamentos Excepcionais: • Medicamentos Estratégicos: • Medicamentos por decisão Judicial: • Medicamentos Hospitalares: • Medicamentos Saúde Mental • Informar outros programas/ grupos de medicamentos adquiridos pela SMS Qual a periodicidade das aquisições? Qual a forma de aquisição executada com maior frequência? <ul style="list-style-type: none"> • Compra direta 	

<ul style="list-style-type: none"> • Tomada de Preços • Pregão eletrônico • Pregão presencial • Concorrência Pública. • Inexigibilidade de Licitação • Carta convite <p>Qual o tipo de fornecedor que abastece o Município com maior frequência?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribuidora. Quais? • Laboratório oficial. Quais? • Laboratório Privado. Quais? • Outro. Quais? <p>O parecer técnico nos processos de aquisição é realizado pela equipe da Assistência Farmacêutica?</p>
<p align="center">6 – ASPECTOS RELACIONADOS AO ARMAZENAMENTO</p> <p>Qual o local utilizado para o armazenamento (grande volume) dos medicamentos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almoxarifado Central • Armazenamento direto nas unidades de saúde? • Outros. Qual? <p>Qual o tamanho em m2 da área física do Almoxarifado ?</p> <p>São cumpridas as Boas Práticas de Armazenamento?</p> <p>O local de armazenamento necessita de reformas?</p> <p>Existem documentos padronizando os procedimentos de recebimento e armazenamento de medicamentos?</p> <p>Existe farmacêutico no almoxarifado?</p> <p>No recebimento de medicamentos é verificado o cumprimento das exigências contidas no edital?</p>
<p align="center">7 – ASPECTOS RELACIONADOS À DISTRIBUIÇÃO</p> <p>Como está organizada a distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde?</p> <ul style="list-style-type: none"> • hierarquização/fluxos • cronograma/periodicidade <p>Quais os critérios utilizados para distribuição de medicamentos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento de solicitação • Cotas mensais/bimensais • Reposição automática <p>Que controles gerenciais são feitos para monitorar as solicitações encaminhadas?</p> <p>Existem especificações técnicas para o transporte?</p> <p>As entregas são documentadas?</p> <p>Por quantas conferências passam cada saída de medicamentos?</p> <p>Qual a estrutura de distribuição</p> <p>Viaturas próprias. Quantas? Quais?</p>
<p align="center">8 – ASPECTOS RELACIONADOS AO CONTROLE DE ESTOQUE</p> <p>Qual é o tipo de controle de estoque realizado no Almoxarifado e nas Unidades de Saúde?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informatizado • Manual • Ambos • Nenhum • Outros. Qual? <p>Com que periodicidade é realizado o controle do estoque?</p>
<p align="center">9 - ASPECTOS RELACIONADOS À DISPENSAÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE</p> <p>Possui algum critério na dispensação?</p> <p>Existe cadastramento de pacientes?</p> <p>Quem faz a dispensação?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Farmacêuticos • Estagiários de Farmácia • Outros Estagiários

VII. PRIORIDADES, AÇÕES, OBJETIVOS E METAS PARA O PERÍODO (Quadro de Metas)

Com base nas informações e avaliações contidas no tópico VI (Análise Situacional), devem ser definidas as prioridades e, para cada prioridade, as ações passíveis de serem desenvolvidas, seus objetivos e metas para o período. Esta etapa vem a compor o que se chama de “Quadro de Metas”, o qual é revisado e atualizado anualmente e serve de base para a elaboração do “Relatório de Gestão”.

Por exemplo, suponhamos que um dos problemas centrais identificados seja: “gasto crescente e excessivo com o fornecimento de medicamentos por ações judiciais” e que na análise das causas identifique-se como “nó crítico”: “o desconhecimento dos prescritores sobre os elencos de medicamentos fornecidos pelos programas governamentais e as consequências que o problema traz ao sistema”. Portanto, a questão das prescrições de medicamentos fora dos elencos padronizados passará a ser uma prioridade para a qual várias ações poderão ser definidas num quadro de metas. Exemplificando:

**Prioridade x: ADESÃO DOS PRESCRITORES À RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS
PADRONIZADOS**

Ação	Objetivo	Indicador	Meta	R\$
1. Seminários com os prescritores sobre políticas para a assistência farmacêutica	Sensibilizar os prescritores para o uso racional de medicamentos	Taxa (%) de prescritores “capacitados”	Atingir 50% dos atuais prescritores	XX,XX
2. Divulgação da relação atualizada dos medicamentos padronizados através de cartazes	Melhorar o conhecimento dos prescritores sobre quais medicamentos estão padronizados	Taxa (%) de ULS com cartazes	01 cartaz/ ULS	XX,XX
...				

VIII- GESTÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Conforme CECÍLIO (2002) *o sucesso do Plano, ou ao menos a possibilidade de que ele seja implementado, depende de como será feita sua gestão [que] significa, centralmente, a criação de um “sistema de alta responsabilidade”. [Isto significa que] as pessoas assumem, diante de um superior hierárquico ou diante de um coletivo, compromissos de executar, no tempo determinado, as tarefas especificadas (ações). [Consiste na prestação de contas que não pode se limitar] apenas a dizer “fiz” ou “deixei de fazer”. É analisar “por que” não foi possível fazer, reavaliando a adequação da operação proposta e/ou a existência de controle real de recursos para sua execução. Prestar contas é também conseguir avaliar, de forma sistemática, o impacto das operações sobre o(s) problema(s) que está(ão) sendo enfrentado(s).*

Sugere-se como recursos operacionais para o sistema de monitoramento e avaliação:

- . Criação e implementação de um sistema de informação.
- . Criação e implementação de mecanismos e instrumentos de registro e das ações e serviços produzidos (boletins, relatórios, fichas de controle e outros).
- . Supervisão e fiscalização das ações e serviços.

Um outro aspecto, para a avaliação do Plano em si (e não das ações nele especificadas) e saber se ele foi elaborado coerentemente com sua finalidade, é realizar uma “checagem”, conforme o quadro abaixo:

ITENS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Diretrizes e Políticas de Saúde			
Prioridades			
Estratégias e Programação			
As orientações de governo estão contempladas			
As metas do Plano estão compatíveis com a Agenda de Saúde Federal e Estadual			
As propostas das Conferências Municipais de Saúde foram consideradas			
Metas Físicas compatíveis com o orçamento Federal, Estadual e Municipal			
Metas Financeiras compatíveis com o orçamento Federal, Estadual e Municipal			
Foram observadas as características epidemiológicas e sanitárias			
As metas estabelecidas atendem as necessidades da população			
As metas estão detalhadas, quantificadas e com valores atribuídos			
Definem indicadores de Controle e Avaliação			
Ata do CMS aprovando o PMS			
O PMS foi homologado pelo Prefeito			

XIX - APROVAÇÃO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE- (cópia da ata de reunião aprovando o Plano).

X - HOMOLOGAÇÃO PELO PREFEITO -(declaração e ou termo de homologação do Plano).

Referências:

BRASIL. Plano Nacional de Saúde. Portaria 2.607/GM, de 10 de dezembro de 2004.

CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (Org.) Agir em Saúde. Um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

IBAM/UNICEF. A saúde no município: organização e gestão. Instituto Brasileiro de Administração Municipal. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Serviços Urbanos, 1991.

OPAS. Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos; relatório 2001-2002. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

ANEXO 3

Parecer CEP-UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO – PROJETO Nº 184/2006

Título do Projeto: Análise dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica em Santa Catarina, 2006

Pesquisador Responsável: Eliana Elisabeth Diehl

Pesquisador principal: Ana Paula Veber

Instituição onde será realizado o estudo: Departamento de Ciências Farmacêuticas - UFSC

Data da apresentação ao CEP: 25/05/2006

Objetivo: Analisar os Planos Municipais de Assistência Farmacêuticas encaminhados à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina no primeiro semestre de 2006.

PARECER

Esse parecer trata do projeto de mestrado intitulado “Análise dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica em Santa Catarina, 2006”, que deu entrada no CEP em 25/05/2006 tendo como pesquisador responsável a mestranda Ana Paula Veber, do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC.

De acordo com o requerimento para parecer do CEP, esta pesquisa será realizada entre julho de 2006 e abril de 2007, sendo que a coleta de dados, especificamente, ocorrerá entre janeiro e abril de 2007, conforme cronograma do projeto.

A documentação apresentada traz a folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável, bem como assinada e carimbada pela chefe do CIF da UFSC, representando a instituição onde a pesquisa será realizada.

A pesquisa, orçada em 820,00 reais, que ocorrerá totalmente às custas da pesquisadora principal, surge da preocupação em “caracterizar as atividades de Assistência Farmacêutica e discutir o processo de elaboração dos planos e suas implicações para a gestão.” Sua finalidade é “estabelecer a atual situação da Assistência Farmacêutica desenvolvida nos municípios de SC, bem como a consolidação de metas que possam guiar futuras etapas de planejamento na gestão municipal e estadual de Assistência Farmacêutica”.

A metodologia delineia-se como estudos descritivos que utilizará procedimentos do tipo: entrevistas semi-estruturadas e também realizará pesquisa documental em municípios de SC.

A amostra do estudo será composta por 30 profissionais integrantes de equipes que elaborou o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica. Dentre o conjunto de municípios

que enviou Planos de Assistência, alguns serão intencionalmente selecionados, mediante critérios populacionais e outros priundos da documentação oficial enviada.

Dentre os itens que compõe a documentação, constam: folha de rosto, declaração da pesquisadora principal e do pesquisador responsável de que cumprirão os termos da resolução CNS 196/96 e suas complementares; e declaração da Gerente Técnico de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Santa Catarina, dando ciência de que aquela instituição está de acordo com a pesquisa e todas as exigências legais.

O TCLE está escrito de forma técnica e longa, porém adequada ao grupo de sujeitos que farão parte da amostra.

Do ponto de vista formal o projeto apresenta-se bem estruturado, porém falta especificar o tamanho da amostra de entrevistados, informação que consta apenas na folha de rosto.

O currículo de cada uma das pesquisadoras - responsável e principal - mostra que ambas possuem formação e produção na área de farmácia, estando, portanto, qualificadas à execução da pesquisa.

A investigação é pertinente e contribui para o estabelecimento eficaz de políticas públicas na área da saúde.

Pelo exposto, somos de parecer favorável ao projeto.

Parecer do CEP

☒ (X) Aprovado

☐ () reprovado

☐ () com pendência

☐ () retirado

☐ () aprovado

- Data da Reunião

Florianópolis, 26 de junho de 2006.



Prof. Washington Portela de Souza

Coordenador

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.